

## VERTAISTUKITOIMINTA JA VOIMAANTUMINEN KIVUN- HALLINTARYHMÄSSÄ

Kutsukirje Lapin sairaanhoitopiirin suljetun kivunhallintaryhmän jäse-  
nille

Rimppi Ina  
Tuisku Elina

Opinnäytetyö  
Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala  
Hoitotyön koulutusohjelma  
Sairaanhoitaja (AMK)

2017

Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala  
Hoitotyön koulutus  
Sairaanhoitaja (AMK)

---

<b>Tekijät</b>	Ina Rimppi Elina Tuisku	<b>Vuosi</b>	2017
<b>Ohjaaja</b>	Sirkka Havela		
<b>Toimeksiantaja</b>	Lapin sairaanhoitopiiri, kivunhoidon asiantuntijahoitaja Marja Kiuru		
<b>Työn nimi</b>	Vertaistukitoiminta ja voimaantuminen kivunhallintaryhmässä		
<b>Sivu- ja liitesivumäärä</b>	41+8		

---

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on suunnitella ja toteuttaa kutsukirje pitkäaikaista kipua sairastaville Lapin sairaanhoitopiiriin suljettuun kivunhallintaryhmään kutsuttaville aikuisille. Kutsukirjeen tavoitteena on motivoida pitkäaikaista kipua sairastavia osallistumaan kivunhallintaryhmään. Ryhmän tarkoituksena on ryhmän jäsenten elämänhallinnan ja -laadun lisääntyminen. Kivunhallintaryhmän tavoitteena on lisätä pitkäaikaista kipua sairastavan aktiivisuutta omassa elämässään, sekä lisätä kivun hyväksyntää osana elämää.

Tämä opinnäytetyö on toiminnallinen. Kutsukirjeen toimeksiantaja on Lapin keskussairaalan kipupoliklinikan kivunhoidon asiantuntijahoitaja Marja Kiuru. Perehdyimme vertaistukitoimintaan, voimaantumiseen ja pitkäaikaisen kivun vaikutuksiin ihmisen elämässä. Näiden asioiden pohjalta laadimme kutsukirjeen.

Pitkäaikainen kipu aiheuttaa muutoksia ihmisen niin fyysisiin, psyykkisiin kuin sosiaalisiin elämän osa-alueisiin. Vertaistukiryhmässä samassa tilanteessa olevat jakavat kokemuksiaan ja saavat uusia näkökulmia. Tämän opinnäytetyön tekeminen tukee ammatillista osaamistamme tulevana hoitotyön ammattilaisina. Työtä tehdessä tietämyksemme pitkäaikaisesta kivusta ja sen monimuotoisuudesta sekä vaikutuksista ihmisen elämän eri osa-alueisiin lisääntyi. Opimme myös yhteistyö- ja ongelmanratkaisutaitoja.

Opinnäytetyön tuloksena syntyneessä kutsukirjeessä käsitelimme lyhyesti ja motivoivasti kipua, vertaistukea ja kivunhallintaa. Kutsukirje tullaan antamaan uusille, Lapin keskussairaalassa toimivan kivunhallintaryhmään kutsuttaville aikuisille. Vastaavaa informatiivista kutsukirjettä voi käyttää muissa vertaisryhmissä, jotta ryhmään osallistumisen motivaatio kasvaa ja elämänlaatu paranee.

---

<b>Avainsanat</b>	Kivunhallinta, pitkäaikainen kipu, ryhmätoiminta, vertaistuki, voimaantuminen
<b>Muita tietoja</b>	Tämä opinnäytetyö sisältää Lapin sairaanhoitopiirille laaditun suljetun kivunhallintaryhmän kutsukirjeen

School of Social Services, Health  
and Sport  
Degree Programme in Nursing  
Bachelor of Health Care

---

<b>Authors</b>	Ina Rimppi Elina Tuisku	Year	2017
<b>Supervisor</b>	Sirkka Havela		
<b>Commissioned by</b>	Lapland Hospital District, Marja Kiuru		
<b>Subject of thesis</b>	Peer Support Activity and Empowerment in Pain Management		
<b>Number of pages</b>	41+8		

---

The purpose of this thesis was to plan and put into practise a letter of invitation for adults who live through long-term pain and who will be invited to the closed pain management group of the Lapland hospital district. The main objective of this thesis is to motivate people who suffer from long term pain to get involved in a pain management group. The purpose of this group is to improve group members' quality of life and life management. The aim of the pain management group is also to add activity in the lives of those who suffer from long-term pain and to accept pain more as part of their lives.

This thesis is functional. The letter of invitation was commissioned by an expert nurse of pain management, Marja Kiuru, who works in the Lapland Central Hospital pain management outpatient clinic. We as authors of this study familiarized ourselves to peer support activity, empowerment and the effects of long-term pain. Based on these issues we created a letter of invitation.

Long term pain causes changes in people's physical, emotional and social life. In peer support groups people who are in the same situation can share their experiences and get new perspectives. Making this thesis improved our professional skills as future nurses. Making this thesis also added to our knowledge of long-term pain and its varieties and effects as a part of people's lives increased. We also learned about cooperation and problem-solving skills.

In the letter of invitation that was the outcome of this thesis we discussed briefly and motivationally about pain, peer support and pain management. The letter of invitation is going to be given to the adults who are going to be invited to the pain management group of the Lapland Central Hospital. A similar letter can be used in other peer support groups so that motivation of involving in a group evolves and the quality of life improves.

Key words	Chronic pain, pain management, group activity, peer support, empowerment
Special remarks	This thesis includes an invitation letter to group members of the Lapland hospital District's closed pain management group

## SISÄLLYS

1 JOHDANTO .....	5
2 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITE .....	7
3 KIPU JA IHMISEN ELÄMÄNLAATU .....	8
3.1 Hyvinvointi, terveys ja elämänlaatu.....	8
3.2 Pitkäaikaisen kivun vaikutukset ihmisen elämään .....	9
3.2.1 Sosiaalinen elämän osa-alue .....	10
3.2.2 Fyysinen elämän osa-alue .....	11
3.2.3 Psyykkinen elämän osa-alue.....	13
3.3 Kivun luonne ja säätelyjärjestelmä.....	14
3.3.1 Pitkäaikainen kipu .....	16
3.3.2 Hermovauriokipu .....	18
4 VERTAISTUKI JA VOIMAANTUMINEN KIVUNHALLINNASSA.....	20
4.1 Vertaistuki .....	20
4.1.1 Kivunhallintaryhmät.....	21
4.1.2 Voimaantuminen .....	23
4.2 Menetelmät vertaistukiryhmässä .....	25
4.3 Ryhmänohjaaja vertaistukiryhmässä .....	27
5 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS.....	29
5.1 Toiminnallinen opinnäytetyö .....	29
5.2 Kutsukirjeen laadintaprosessi .....	29
5.2.1 Kutsukirjeen suunnitteluvaihe.....	30
5.2.2 Kutsukirjeen toteutusvaihe .....	31
5.2.3 Kutsukirjeen arviointivaihe.....	32
5.3 Eettisyys ja luotettavuus .....	32
6 POHDINTA .....	34
LÄHTEET .....	36

## 1 JOHDANTO

Pitkäaikainen kipu on Suomessa yleinen ongelma (Kankkunen, Nousiainen & Kylmä 2009, 13). Eurooppalaisen puhelinhaastattelututkimustulosten mukaan suomalaisesta aikuisväestöstä 35 % on kokenut vähintään kolme kuukautta kestänyttä kipua. Päivittäisestä pitkäaikaisesta kivusta kärsi tutkimuksen mukaan 14 % suomalaisista. Pitkään jatkunut kipu nähdäänkin tämän vuoksi kansansairautena. (Mäntyselkä, Turunen, Ahonen & Kumpusalo 2003, 2435.) Hyvä ja riittävä kivunhoito on yhteiskunnallisesti kannattavaa, ja riittävällä kivunhoidolla vähennetään ja ennaltaehkäistään sairaspotilaita. Pitkään jatkunut kipu aiheuttaa terveyspalvelujen lisääntyneen käytön, ja sairauspotilaiden sekä työkyvyttömyyden lisäksi ennenaikaista eläköitymistä, vaikuttaen näin ollen yksilön taloudelliseen tilanteeseen (STM 2017, 20 – 21; Käypä hoito -suositus 2017).

Sairaudet ja niihin kuuluvat oireet merkitsevät eri asioita eri ihmisille. Kipu voi tuntua jollekin tulevaisuutta uhkaavana tekijänä, jota ei pysty hallitsemaan, ja toinen voi kokea sen ikävänä, mutta hallittavana tuntemuksena. (Estlander 2003, 183.) Hoitotyön näkökulmasta on tärkeää osata tunnistaa ja hoitaa erilaisia kiputiloja sekä tukea kipua kokevaa kokonaisvaltaisesti. Ymmärrys kivun yksilöllisestä kokemisesta on perusta kivusta kärsivän ihmisen tukemisessa. Terveystieteiden lain (1326/2010 6:51 §) mukaan hoidon tarpeen arviointi on aloitettava viimeistään kolmantena arkipäivänä yhteydenotosta, ja hoitoon on päästävä perusterveydenhuollossa kolmen kuukauden kuluessa hoidon tarpeen arvioinnista. Erikoissairaanhoidossa hoidon tarpeen arviointi on aloitettava kolmen viikon kuluessa lähetteen saapumisesta, ja hoitoon pääsy tulee tapahtua kuuden kuukauden kuluessa (1326/2010 6:52 §). Laki potilaan asemasta ja oikeuksista takaa myös kivusta kärsivän oikeuden hyvään hoitoon: ”Potilaalla on oikeus laadultaan hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon” (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992/785 2:3 §).

Vertaistukitoiminnalla saadaan aikaan myönteisiä muutoksia pitkäaikaista kipua sairastavan toimintakyvyssä, pystyvyyskäsitteissä ja katastrofiajattelussa. (Estlander 2003, 183.) Vertaistukitoiminnalla pyritään voimaantumiseen, joka näkyy

ihmisen sisäisen voimantunteen vahvistumisena ja omien voimavarojen löytämisenä (Caprara & Cervone 2006, 69).

Lapin keskussairaalassa on toiminut suljettu kivunhallintaryhmä vuodesta 1998 (Kiuru 2017). Tavoitteena on, että ryhmään osallistujat oppivat elämään kivun kanssa mahdollisimman täysipainoista elämää, vaikka kipua ei saataisikaan poistettua. Kivunhallintaryhmässä käytetään ruotsalaisen anestesiaäläkäri Gunilla Brattbergin kehittämää "Värkstad"-toimintamallia. Tätä toimintamallia on alettu toteuttamaan Suomessa vuodesta 1999. Menetelmää toteutetaan täyttämällä itsestä Kipumestarin työkalut –tehtäväkirjaa ryhmätapaamisten välissä. Toimintamallin keskiössä on ihmisen elämä, henkilökohtainen kasvu ja tulevaisuus, joka korostuu myös ryhmätapaamisissa (Estlander 2003, 202).

## 2 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITE

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on suunnitella ja toteuttaa kutsukirje pitkäaikaista kipua sairastaville Lapin sairaanhoitopiirin suljettuun kivunhallintaryhmään kutsuttaville aikuisille. Kutsukirjeen tavoitteena on motivoida pitkäaikaista kipua sairastavia osallistumaan kivunhallintaryhmään.

Tarvitsemme sairaanhoitajan työssä kivunhoidon osaamista sekä ymmärrystä kivun monimuotoisuudesta. Tämän opinnäytetyön laatiminen tukee ammatillista kasvuamme, ja lisää valmiuksiamme hoitaa pitkäaikaista kipua sairastavia potilaita.

### 3 KIPU JA IHMISEN ELÄMÄNLAATU

#### 3.1 Hyvinvointi, terveys ja elämänlaatu

Hyvinvointia voidaan määritellä usealla tavalla. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos kuvaa hyvinvoinnin rakentuvan kolmesta ulottuvuudesta: terveydestä, materiaalisesta hyvinvoinnista ja koetusta hyvinvoinnista tai elämänlaadusta. Hyvinvointi käsittää sekä yksilöllisen että yhteisöllisen hyvinvoinnin. Yksilöllinen hyvinvointi koostuu onnellisuudesta, itsensä toteuttamisesta, sosiaalisista suhteista sekä sosiaalisesta pääomasta. Yhteisötasolla hyvinvoinnin ulottuvuuksia ovat mm. elinolot, ympäristö sekä toimeentulo. (THL 2015.) Mikkonen (2009, 17, 21) näkee hyvinvoinnin käsittävän ihmisen elinolosuhteet, kokemukset ja yhteiskunnan tilan, ja sitä voidaan tarkastella elämänlaadun, elämäntyylin ja -hallinnan kautta. Hyvinvointi nähdään myös onnena, onnellisuutena ja pahan poissaolemisena. (Mikkonen 2009, 17, 21.) Jokainen ihminen määrittää hyvinvointia eri tavalla, riippuen omista lähtökohdistaan ja elämänarvoistaan. Onni ja hyvä olo koostuu monista asioista, eikä voida määrittää yhtä ”muottia” siitä, mitä onnellisuus on.

Maailman terveysjärjestö WHO määrittelee terveyden fyysiseksi, psyykkiseksi ja sosiaalisesti hyvinvoinniksi, sekä sairauden ja raihnaisuuden poissaoloksi. Oikeus mahdollisimman hyvään terveyteen on ihmisten oikeus uskontoon, poliittiseen mielipiteeseen, sosiaaliseen tai ekonomiseen luokkaan katsomatta. (WHO.) Hoitotyön toteuttamiseen ei saa vaikuttaa potilaan tausta tai mielipiteet, vaan joista on kohdeltava tasa-arvoisesti. Terveys on yksi yksilöön kokonaisvaltaisesti vaikuttavista hyvinvoinnin osa-alueista (Mikkonen 2009, 15). Hoitotyön näkökulmasta katsottuna on hyvä pohtia, miten voidaan ymmärtää toista ihmistä ja hänen kokemaansa kärsimystä. Vaikeaa pitkäaikaista kipua sairastavan näkökulmasta kivun vaikutus voi näkyä jokaisella elämän osa-alueella, joten hyvinvoinnin tukeminen muutenkin kuin kipua lievittävässä muodossa on olennaista.

Elämänlaatu on yksilön näkemys elämästään siinä kulttuuri- ja arvoympäristössä jossa he elävät, ja suhteessa tavoitteisiinsa, odotuksiinsa, huoliinsa ja standardeihin. Ihmisten elämänlaatua voidaan arvioida erilaisilla mittareilla. Maailman



terveysjärjestön mukaan elämänlaatu koostuu ainakin seuraavista asioista: fyysinen terveys, mielenterveys, itsenäisyys, sosiaaliset suhteet, ympäristö sekä uskonnollisuus tai henkilökohtaiset näkemykset. (WHO 1997, 1, 4.) Fayers & Machin (2015, 4 – 5) määrittelevät elämänlaadun sisältävän myös seksuaalisuuden ja henkisyiden ulottuvuuden. Myös Ataoglu, Tiftik, Kara, Tunc, Ersöz & Akkus (2013, 23) kuvaavat seksuaalisuuden yhtenä elämänlaadun tekijänä. Ihmisen sairastuessa fyysinen terveydentila ja henkinen jaksaminen ovat koetuksella. Tällöin ihmisen odotukset elämästä ja tulevaisuudesta muuttuvat. Tärkeää on huolehtia, että elämän kaikki osa-alueet tulevat silti huomioiduksi, jotta elämä pysyy mielekkäänä.

### 3.2 Pitkäaikaisen kivun vaikutukset ihmisen elämään

Kipu vaikuttaa ihmisen elämään laaja-alaisesti, se ulottaa lonkeronsa useimmiten elämän joka osa-alueelle. Kivulle on hyvin tyypillistä sen kokeminen jollakin tavalla epämiellyttävänä. Ominaisuudeltaan se on voimakkuutensa lisäksi laajenevaa ja tunkeutuvaa (Vainio 2004, 67), mikä tarkoittaa sitä, että kipu hakee yhä enemmän tilaa yksilön fyysisistä, sosiaalisista kuin psyykkisistä ulottuvuuksista. Kipu on sidoksissa niin kokemuksiin kuin kulttuuriin, ja kivun kokemiseen liittyviin muutoksiin, tunteisiin, ajatuksiin, yksilön omaan toimintaan ja sosiaalisiin suhteisiin (Salanterä, Hagelberg, Kauppila & Närhi 2006, 7; Sessle 2012, 1).

Kivun pitkittyessä se alkaa vaikuttaa ihmisen jaksamiseen. Pitkäaikainen kipu on läsnä yksilön elämässä enemmän tai vähemmän, ja se nakertaa kivusta kärsivän voimavaroja. Pitkäaikainen kipu voi hankaloittaa esimerkiksi sosiaalisia suhteita ja aiheuttaa vaikeuksia saada hyvää laadukasta yöunta. Kivun seuraukset ovatkin moninaisia, ja usein toinen ongelma alkaa ruokkia toista. Yleensä pitkäaikaisen kivun kokeminen vaikuttaa ihmisen elämän eri osa-alueisiin kokonaisvaltaisesti.

### 3.2.1 Sosiaalinen elämän osa-alue

Ihmisen elämän sosiaalinen osa-alue sisältää vuorovaikutussuhteet, sekä ihmisen, joka on aktiivinen toimija ja osallistuja elämässään sekä yhteisöissään (Tiikanen & Heikkinen 2011). Pitkittynyt kiputilanne voi johtaa sosiaalisista suhteista jättäytymiseen ja passivoitumiseen. Kipua kokevalla ei välttämättä ole voimia lähteä liikkeelle tai tavata muita ihmisiä. Kipu voi heijastua itsestään huolehtimiseen ja perustarpeiden tyydyttämättä jättämiseen voimavarojen heiketessä. Etenkin tunne siitä, ettei kukaan ymmärrä kipua ja siihen liittyvää koettua kärsimystä, voi saada aikaan päätöksen olla omissa oloissaan. Pitkään jatkunut kipu voi lisätä sosiaalisen eristäytymisen riskiä (Miranda 2017). On tärkeää muistaa, ettei kipu aina näy ulospäin (Ojala 2015, 59). Joskus kivusta kärsivä voi kokea kuormittavansa läheisiään, ja saattaa sen vuoksi jättäytyä sosiaalisista tapahtumista. Kun negatiiviset kokemukset toistuvat riittävän usein, niin kipua kokeva oppii ennakoimaan ja välttämään sosiaalisia tilanteita, joka johtaa herkästi yksinäisyyttä vahvistavaan noidankehään. Vaikka sosiaaliset suhteet toisinaan kuormittavat kivusta kärsivää, on se samalla yksi eniten voimavaroja kohentava tekijä. Kipua kokevalle on tärkeää tulla ymmärretyksi, kokea yhteenkuuluvuuden tunnetta sekä kokea, että sosiaaliset suhteet ovat tasapainossa. (Elomaa 2017.)

Seksuaalisuus voidaan nähdä yhtenä elämän laatutekijänä, joka heijastuu elämän eri osa-alueisiin. Seksuaalisuus ymmärretään usein seksiin liittyvänä käsitteenä, mutta konkreettisesti se on paljon laajempi käsite. Seksuaalisuus on osa ihmisen kokonaisvaltaista hyvinvointia ja luonnollinen osa jokaisen ihmisen elämää. Se nähdään ihmisen perustarpeena, johon kuuluu hellyys, aistillisuus, kontakti, lämpö, läheisyys, yhteenkuuluvuus, fyysinen tyydytys, avoimuus ja turvallisuuden tunne. (Ryttyläinen & Valkama 2010, 11.) Toisinaan kipu ja sen pelko voivat saada aikaan ihmissuhteista jättäytymisen. Parisuhteen näkökulmasta se merkitsee haavoittuvuutta, alastomuutta sekä itselle ja toiselle merkittäviä tunteita ja tarpeita (Ryttyläinen & Valkama 2010, 11 – 12). Valitettavasti pitkäaikaista kipua kokevat tulevat joskus jätetyksi (Ojala 2015, 70), sillä kipu ja sen vaikutukset parisuhteelle ja sosiaaliselle elämälle koituvat ylitsepääsemättömiksi.

Tätä kautta on helpompi ymmärtää, miten esimerkiksi sairastuminen voi vaikuttaa seksuaalisuuteen. Jokainen määrittää seksuaalisuutta eri tavoin. Toiselle seksuaalisuus voi merkitä intohimoa ja nautinnon elämyksiä, kun toiselle se voi olla toissijaista esimerkiksi sen vuoksi, että on sairastunut. On luonnollista, että seksuaalisuus ja sen merkitys vaihtelevat elämän eri tilanteissa ja vaiheissa.

Helena Miranda (2017), kipututkija, on tutkinut paljon kivusta johtuvia sairaspotilaita ja niiden vaikutuksia pitkäaikaista kipua kokeviin. Ne, jotka ovat pitkään poissa työstä kivun vuoksi kokevat taloudellisia haittoja, ammatillisen itsetunnon alentumista sekä mielialan laskua. Elämästä katoaa myös herkästi säännöllisyys ja rytmi, ja kivusta muodostuu arjen keskiö. Tätä myöten työelämästä syrjäytymisen riski kasvaa. (Miranda 2017.) Pitkittynyt kiputilanne vaikuttaa yksilön taloudelliseen tilanteeseen, sillä se aiheuttaa terveystalouden lisääntynyttä käyttöä, sairauspäiväkorvauksia sekä työkyvyttömyyttä sekä ennen aikaista eläköitymistä (STM 2017, 20 – 21; Käypä hoito -suositus 2017). Myös yhteiskunnan kannalta pitkäaikainen kipu on kallista. Inhimillisyyden lisäksi tarpeeksi aikaisessa vaiheessa aloitettu kivunhoito tuo säästöjä yhteiskunnalle. Terveystalouden tutkimuksen mukaan jo pelkästään selkäkipuun ja -sairauksien vuoksi käytettiin vuonna 2011 reilu 3 miljoonaa euroa sairauspäivärahaa (SKTY 2011, 4).

### 3.2.2 Fyysinen elämän osa-alue

Yksilön elämän fyysinen osa-alue tarkoittaa kykyä liikkua sekä kehon eri toimintoja. Pitkäaikainen kipu heikentää yleiskuntoa ja liikkuvuutta sekä lihaskuntoa (STM 2017, 17). Kipu aiheuttaa myös kyvyttömyyttä ja rajoituksia liikkumisessa (Ojala 2015, 15). Tämä voi johtaa kipuun liittyvän pelkoon ja ahdistukseen, ja sitä kautta aktiivisuuden välttelyyn (Kuvio 1). Pitkään jatkunut kipu voi johtaa myös masennukseen, mikä laskee toimintakykyä ja elämänlaatua. Näitä vaikutuksia voi tulla myös niille, joilla ei ole aikaisempaa psyykkisten ongelmien taustaa. Pitkäaikainen kipu vähentää fyysistä aktiivisuutta ja ylipäätään vaikuttaa fyysiseen toimintakykyyn. (Lyrakos 2011; Ojala 2015, 24.) Kivun pelko voi alitajuisesti saada välttelemään tiettyjä aktiivisuuden muotoja, sekä jättäytymään pois mieluisista

harrastuksista ja muista aktiviteeteista. Tällöin se vaikuttaa myös mielen hyvinvointiin ja sosiaalisiin suhteisiin sekä ylläpitää ja edesauttaa fyysisen kunnon heikentymistä.



Kuvio 1. Liikunnan välttelyn oravanpyörä (Kivunhallintatalo).

On luonnollista asettaa kipeä raaja tai muu kehon osa lepoon. Väliaikaisena kipeän kohdan suojaaminen on toimiva ja luonnollinen keino, mutta kivun pitkittyessä kehon asennot voivat muuttua virheellisiksi, jolloin myös lihakset rasittuvat, jännittyvät ja kipeytyvät. Ajan myötä kehon käyttö muuttuu epätasapainoseksi, esimerkiksi ryhti voi olla kumara aiheuttaen selkäkipuja. Jatkuva lihasjännitys voi aiheuttaa erilaisia kiputiloja myös pään ja niskan alueelle, sekä vaikeuttaa unen saantia. Liikkumattomuus altistaa ylipainolle ja edellä kuvattujen vaivojen pitkittymiselle, mikä heikentää edelleen kipua kokevan terveyttä ja hyvinvointia. Vähäinen fyysinen rasitus vaikeuttaa myös unen saantia ja unenlaatua. (Walle 1999, 31 – 32; Sallinen 1997, 37.)

Jopa yli puolet pitkäaikaista kipua sairastavista kertoo kärsivänsä uniongelmistä (Lee, Kang & Cho 2017, 7). Säännöllinen, riittävä ja laadukas uni sekä päivittäinen lepo ovat ihmiselle elinehto ja yksi hyvinvoinnin peruspilareista. Unen tarve

on kuitenkin yksilöllistä. Hyvän kivunhoidon on todettu parantavan unta, ja unetomuuden hoito puolestaan lievittää kipuja (Vainio 2004, 68). Pitkään jatkunut kipu heikentää unen laatua, joka edelleen heikentää elämänlaatua (Ataoglu ym. 2013, 23; Campbell, Hope & Dunn 2017, 2332). Uniongelmat ruokkivat muita ongelmia, kuten liikkumattomuutta ja mielialan heikentymistä. Väsyneenä ei jaksata tavata ihmisiä tai huolehtia itsestään.

### 3.2.3 Psyykkinen elämän osa-alue

Fyysinen kipu aiheuttaa henkistä kärsimystä, joten mieli ja ruumis eivät ole kivun suhteen erotettavissa toisistaan. Määritelmä elämän psyykkisestä osa-alueesta, tai toimintakyvyn psyykkisestä ulottuvuudesta onkin laaja, eikä yhtä tarkkaa määritelmää ole. Psyykkinen hyvinvointi tarkoittaa ihmisen voimavaroja sekä elämäntilanteen, mielenterveyden ja mielen hyvinvoinnin tilaa. Ihmisen elämän psyykkinen toimintakyky kattaa tunteiden ja ajattelun toiminnot. (Aalto 2011.)

Linton (2013, 82) toteaa tunteilla ja kivulla olevan selkeä yhteys toisiinsa. Pitkäaikainen kipu aiheuttaa ihmiselle stressiä, mikä vaikuttaa yksilön kokemaan ajatus- ja tunnemaailmaan. Pitkäaikaista kipua sairastava kokeekin usein jossain vaiheessa masennusta ja muita negatiivisia tunteita, kuten toivottomuutta, ahdistusta ja eristyneisyyttä sekä pelkoa (Lee, Kang & Cho 2017, 7; Ojala 2015, 27; STM 2017, 17; Vainio 2004, 87 – 88). Myös IASP:n (International Association for the Study of Pain 1986) ja Estlanderin (2003, 12 – 13, 73) mukaan krooniseen kipuun liittyy negatiivisia tunteita kuten ahdistus, epätoivo ja rasittuneisuus. Ojalan (2015, 27) mukaan pitkään jatkunut kipu voidaan kokea myös kidutuksena tai rangaistuksena. Kivun vaikutukset koetaan erittäin intensiivisinä ja kivun aiheuttamat tunnetilat voivat olla todella voimakkaita.

Kuusinen (2004, 11) on todennut Holmes & Stevensoniin (1990) viitaten, että pitkäaikaista kipua kokevalla on huomattavasti useammin samanaikaisesti masennus verrattuna akuuttiin kiputilanteeseen. Useilla kipua kokevilla on siis erilaisia masennuksen oireita, mutta varsinaista masennusdiagnoosia oirekuva ei aina täytä (Estlander 2003, 75). Ihminen voi kokea olevansa yksin kipunsa kanssa, ja kivun vain jatkuessa voi tuntea, ettei jaksakaan enää elää kivun kanssa. Ajatus siitä,

että tulevaisuus on kivun täyttämä, voi synnyttää näköalattomuutta tulevaisuuden suhteen. Masennuksen tunteet voivat liittyä sairastumiseen liittyvään kriisiprosessiin tai hoidot tai lääkkeet voivat aiheuttaa mielialamuutoksia. Toisaalta psyykkiset tekijät voivat ylläpitää pitkäaikaista kipua tai toisinpäin (Estlander 2003, 74 – 75; Linton 2013, 83). Aina ei siis voida varmasti määrittää sitä, aiheuttaako kipu masennusta vai masennus kipua, vaan nämä kietoutuvat yhteen. Kumpaa siis tulee hoitaa ensin, kipua vai masennusta (Linton, 2013, 83)?

Kivun pelko muuttaa ihmisen ajattelu- ja toimintamalleja (STM 2017, 17). Vainio (2004, 67) viittaa sosiologi Elaine Scarryyn todeten, että kipu tuhoaa ihmisen tietoisuutta sisältäpäin, ja että sen epämiellyttävyyteen kuuluu paitsi kipu itsessään, myös välitön halu päästä siitä eroon. Tämä ilmenee kivun aiheuttajan välttämisenä, kivun vastustamisena, siitä selviämisenä tai sen kieltämisenä (Vainio 2004, 67). Hoitotyössä on tärkeää kannustaa kipua kokevaa osallistumaan ja pysymään arjessa kiinni. Tavallinen arki vie huomiota kivusta pois päin ja myötävaikuttaa psyykkiseen hyvinvointiin.

### 3.3 Kivun luonne ja säätelyjärjestelmä

Kipu toimii varoitussignaalina (Nienstedt, Hänninen, Arstila & Björkqvist 2008, 483; Sessle 2012, 1). Kiputuntemus on aina yksilöllinen ja subjektiivinen kokemus. Kipu voidaan määritellä epämiellyttäväksi, sensoriseksi että emotionaaliseksi kokemukseksi, eli aisti- ja tunnekokemukseksi. Psykologi C. Richard Chapman on määritellyt kivun negatiiviseksi tunnetilaksi, joka hallitsee yksilön tietoisuutta. (Vainio 2004, 17.) Vaikka kipu on yksilöllinen kokemus, Sessle (2012, 1) määrittelee kivun olevan myös sensorinen, kognitiivinen, tunneperäinen ja sosiaalinen kokemus, jolla on kulttuurisia ja sosiaalisia vaikutuksia.

Yksilölle kipu merkitsee sitä, mitä kipu ihmiselle itselleen edustaa ja minkälaisen roolin ihminen kivulle antaa. Kivun voi kokea nujertavana elämän täyttävänä asiana tai esimerkiksi haasteena, joka lisää itsetuntemuksen mahdollisuutta. Joitain ihmisiä kivun tuntemus voi auttaa ymmärtämään elämää, kun taas toinen kokee sen ikävänä, mutta hallittavana ja voitettavana. (Vainio 2004, 99.) Kivun

voimakkuuden kokeminen vaihtelee eri ihmisillä, vaikka kyse olisi samasta sairaudesta tai vammasta (Sessle 2012, 1). Kivun kokeminen on siis yksilöllistä, eli myös saman tyyppistä kipua voidaan kuvata usealla eri tavalla, ja siihen voidaan suhtautua monella tapaa.

Ihmiset suhtautuvat kipuun ei tavoin, ja myös ilmaisevat sitä omalla tavallaan (Estlander 2003, 72; Salanterä ym. 2006, 7). Hoitotyön ammattilaisena on tärkeää tiedostaa, että pitkäaikaista kipua sairastava ei aina näytä kivuliaalta, vaikka olisikin kivulias. Sen perusteella ei voi tai saa tehdä olettamusta siitä, ettei ihminen olisi kipeä. Hoitotyössä kipu on määritelty muun muassa seuraavasti: "Kipu on mitä tahansa yksilö sanoo sen olevan ja sitä esiintyy silloin, kun yksilö sanoo sitä esiintyvän" (Salanterä ym. 2006, 7). Kenenkään käyttäytymisestä ei voida tehdä luotettavia olettamuksia siitä, kuinka voimakasta kipu on, joten myöskään muuttia kivusta kärsivän ihmisen yleisestä sairauskäyttäytymisestä ei voida tehdä (Estlander 2003, 72). Jokaisen kokemus omasta kivusta on aina todellista, eikä sitä tule vähätellä. Pitkäaikaista kipua sairastava ei aina näytä kivuliaalta, vaikka kipu on läsnä.

Dahl, Luciano, Wilson ja Hayes (2005, 33) puolestaan esittävät, että ihmisten kyky sietää kipua ja hyväksyä kipu osana elämää on laskenut sitä mukaa, kun maailma on lääketieteellistynyt, ja kipulääkkeiden käytön sekä tarjonnan määrä on kasvanut; kipu on ennen ollut jotain elämään kuuluvaa, nykyään jotain välttävää. Hoitoalan ammattilaisilla ei kuitenkaan ole oikeutta epäillä kenenkään kipua tai vähätellä sitä. Jokainen on aina oman kipunsa paras asiantuntija (Salanterä ym. 2006, 8).

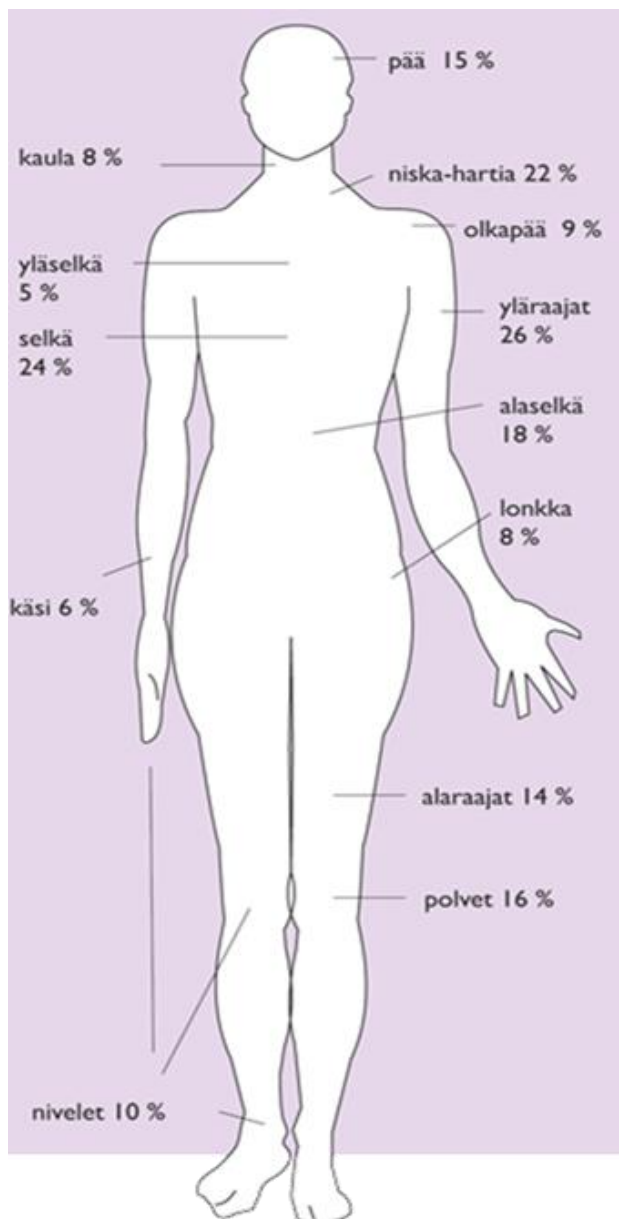
Pitkäaikaista kipua sairastavalla ei välttämättä kiinnosta, minkälainen kipu on ilmiönä, vaan haluaa, että kipu helpottaa. Ymmärrys kipuviestin kulusta voi silti auttaa ymmärtämään kokonaisuutta, syy-seuraussuhteita. Eri aistien välityksellä saadaan tietoa ympäristöstä sekä omasta kehosta. Elimistöön kohdistuu useita ärsykeitä eli stimuluksia, jotka ilmenevät mm. lämpöenergiana, kemiallisesti ja mekaanisesti. Elimistön sisäinen viestinkulku perustuu kuitenkin hermoimpulssei-

hin tai kemialliseen tiedonvälitykseen, joka tapahtuu välittäjäaineiden ja hormonien avulla. Aistinelimet muuttavat kehon tai kehon ulkopuolelta tulevat viestit hermoimpulsseiksi reseptorien eli vastaanottimien avulla. Näitä aistintoimintoja kutsutaan sensorisiksi toiminnoiksi. Kipu aiheutuu siis hermotuppea hermottavien hermosäikeiden aktivoitumisesta. (Nienstedt ym. 2008, 475.)

### 3.3.1 Pitkäaikainen kipu

Kipua voidaan kutsua krooniseksi eli pitkäaikaiseksi sen kestänyt vähintään 3 – 6 kuukautta, ja kun se on ylittänyt kudosvaurion normaalin paranemisajan. Kivun pitkittymismekanismit ovat erilaisia eri kiputiloissa. (Kalso, Haanpää & Vainio 2009.) Pitkäaikaisen kivun taustalla voi olla keskushermoston kivunsäätelymekanismin vika tai häiriö. Vikaa voivat ylläpitää niin biologiset, psykologiset kuin sosiaaliset tekijät. Kivun muuttuessa krooniseksi menettää se suojaavan merkityksensä, jolloin se useimmiten alkaa rajoittaa ihmisen toimintakykyä usealla eri tavalla. (Vainio 2004, 17 – 18.) Maailman terveysjärjestön (WHO:n) ICD-luokituksen (International classification of diseases) mukaan pitkäaikainen kipu jaetaan neljään ryhmään; pitkäaikainen kipuoireyhtymä, pitkäaikainen sietämätön kipu, muu pitkäaikainen kipu ja määrittämätön kipu. Kehitteillä olevaan ICD-11 – luokitukseen uudistetaan kivun luokittelua, jonka mukaan kipu on määritelty sijainnin, etiologian (syyn) tai sen anatomisen järjestelmän (esim. hermosto) mukaisesti. (Treede ym. 2015, 1003.) Yleisimmin kroonista kipua esiintyy yläraajoissa, selässä ja niska-hartiaseudulla (Kuva 1).



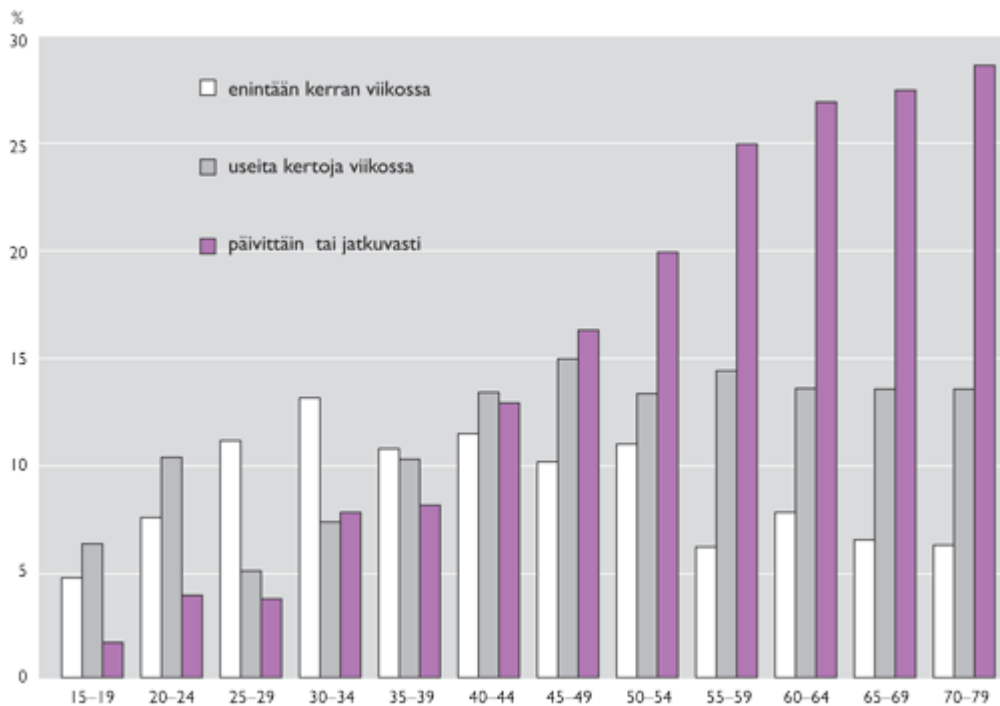


Kuva 1. Yleisimmät pitkäaikaisen kivun sijaintipaikat (Breivik ym. 2006).

Akuutti kipu eroaa pitkäaikaisesta kivusta, sillä niiden mekanismit, merkitys ja hoitokeinot ovat erilaiset (Vainio 2004, 17). Äkillinen kiputuntemus on useimmiten reaktio voimakkaaseen ärsykkeeseen, jonka uhkana on kudოსvaurio tai kudoksen tuhoutuminen (Nienstedt ym. 2008, 483). Akuutti kipu johtuu elimellisestä tekijästä, kuten leikkauksesta tai tulehduksesta. Sille on ominaista, että kipu lievittyy vaurion paranemisen myötä. (Vainio 2004, 17.)

Suomalaisen väestötutkimuksen mukaan terveyskeskuskäynneistä 40%:a liittyy kipuun. Reilulla viidenneksellä potilaista kivut olivat kestäneen yli puoli vuotta.

Vuodessa tehdään lähes miljoona sairaalakäyntiä pitkäaikaisen kivun vuoksi, ja siitä aiheutuu noin 10 miljardin kustannukset. (Mäntyselkä 1998.) Breivikin (2006) mukaan kroonisen kivun keskimääräinen kesto on 9,6 vuotta (Vainio 2009, 65). Pitkäaikaisen kivun kokeminen lisääntyy selkeästi ikääntymisen myötä (Kuvio 2).



Kuvio 2. Pitkäaikaisen kivun esiintyvyys eri ikäryhmissä (Mäntyselkä 2003).

### 3.3.2 Hermovauriokipu

Eurooppalaisesta väestöstä 1 – 8% kärsii neuropaattisesta eli hermovauriokivusta, mutta tarkkoja lukuja esiintyvyydestä Suomessa ei ole, sillä pitkäaikaista kipua on tutkittu Suomessa vähän. Neuropaattinen kipu on usein pitkäaikainen kiputila, jonka aiheuttaa tuntohermojärjestelmän sairaus tai vaurio. Neuropaattinen kipu jaetaan sentraaliseen eli keskushermostoperäiseen ja perifeeriseen eli ääreishermostoperäiseen kipuun sekä kombinoituihin (näiden yhdistelmä) kiputiloihin. Keskushermostoperäisiä kiputiloja ovat esimerkiksi MS-tautiin liittyvät hermovauriokiputilat ja selkäydinvamman jälkeiset kiputilat. Perifeerisiä neuropaattisia kiputiloja ovat puolestaan mm. ääreishermostovammojen kiputilat sekä väli-levyjen pullistumista aiheutuvat hermojuurivauriot. (Haanpää 2007.)

Useimmiten neuropaattinen kiputila syntyy jonkin vaurion jälkitilana, jolloin kipu on seuraus muuntuneeksi jääneestä hermotoiminnasta. Tällöin kipu ei toimi enää varoittavana merkinä. (Haanpää 2007; Haanpää 2009, 310.) Kipu kuitenkin ”elää”: kivun luonne ja sijainti voivat muuttua perifeerisen hermovauriokivun alettua vaikuttaa myös keskushermoston toimintaan. Kipu voi tuntua koko vahingoittuneen hermon hermotusalueella, ei vain vauriokohdassa. Neuropaattisella kivulla on monta eri syntymekanismia, joita ei kaikkia vielä edes tunneta. (Vainio 2009, 156 – 157.)

Neuropaattinen kipu on monimuotoista. Se on hermovauriokipua, joka tyypillisesti tuntuu pistelynä, poltteluna, puutuneisuutena tai tuntohäiriönä. Se voi ilmetä myös jatkuvana ilman ulkoista ärsykettä esiintyvänä kipuna tai sähköiskumaisena tuikkaavana kipuna. Hermovauriokipu voidaan kokea myös muina poikkeavina tuntemuksina tai allodyniana, mikä tarkoittaa sitä, normaalisti kivuttomana koettu ärsyke aiheuttaa kivun. Tällöin tuntoaisti toimii poikkeavasti siitä syystä, että tuntoradat ovat vaurioituneet ja hermostossa on tapahtunut sen vuoksi muutoksia, esimerkiksi poikkeava viive ärsykeen ja sen vasteen suhteessa, eli potilaalla voi olla heikentynyt kosketustunto. (Haanpää 2007.)

Neuropaattisen kivun hoidossa tärkeää on akuutin vaiheen varhainen hyvä kivunhoito, sillä se ennaltaehkäisee pitkäaikaisen kiputilan syntymistä. Hermovauriokivun kroonistuttua sillä on huono vaste tavallisiin kipulääkkeisiin. Uudet synaptiset yhteydet, eli rakenteelliset yhteydet juurtuvat ajan myötä yhä enemmän keskushermostoon, ja täten myös kivun poistaminen hankaloituu. (Vainio 2009, 157.) Vaikeat neuropaattisen kiputilat aiheuttavat merkittävää työkyvyn ja elämänlaadun heikkenemistä, ja kuormittavat ihmistä monella tasolla aiheuttaen useita ongelmia, kuten unettomuutta ja masennusta (Haanpää 2007). Psyykkiset ja kognitiiviset oireet liittyvätkin usein vaikeaan hermovauriokipuun (Haanpää 2009, 310).

## 4 VERTAISTUKI JA VOIMAANTUMINEN KIVUNHALLINNASSA

### 4.1 Vertaistuki

Vertaistuen eli englanniksi self help (oma apu) tai mutual aid (keskinäinen tuki) ydin on sosiaalinen tuki. Suomessa nimitykset oma-apu tai omahoito (englanniksi self-help tai self-care) eivät ole vakiintuneet, sillä ne viittaavat liikaa yksilölliseen itsensä hoitamiseen ja eriyttävät terveydenhuollon ammattilaiset. Suomen kieleen on vakiintunut sanat vertaistuki (peer support), vertaisryhmä ja vertaistukiryhmä, sillä ne korostavat keskinäistä apua, joka näkyy niin ryhmien sisäisenä vuorovaikutuksena kuin yksilön ja ryhmän toimintana. (Nylund 2005, 196, 198.) Vertaisryhmä on vertaistukiryhmää laajempi käsite, joka sisältää myös sellaiset vertaistoiminnan muodot, joissa tuki ja auttaminen eivät ole keskiössä (Hyväri 2005, 215). Käytämme tässä opinnäytetyössä sanaa vertaistukiryhmä, koska haluamme painottaa tuen ja avunsaamisen merkitystä.

Nylund (2005, 196, 198) määrittelee vertaistuen lähtökohdaksi elämänmuutoksen, jolloin samankaltaisessa tilanteessa olevat ihmiset haluavat jakaa tietoa ja kokemuksia. Hyväri (2005, 215) puolestaan määrittelee vertaistukiryhmän toisten auttamiseen ja tukemiseen tähtääviksi vastavuoroisiksi suhteiksi, joissa kriittisiä tai kriisiytyneitä elämäntilanteita käsitellään yhdessä, mutta joissa voidaan samalla luoda esimerkiksi ystävyysuhteita.

Vertaistukiryhmissä korostuu kokemustieto (experimental knowledge) eli kokemusten merkityksellisyys (Nylund 2005, 204). Brattbergin (2001, 6) mukaan kokemustietoa voi saavuttaa henkilökohtaisen kokemuksen kautta havainnoimalla, analysoimalla sekä toimimalla ja yhdistelemällä eri tietoja. Tätä kokemustietoa voidaan jakaa vuoropuheluna esimerkiksi kivunhallintaryhmässä. Brattberg (2009, 14) kirjoittaa vertaistuen tärkeydestä, sillä pitkäaikaista kipua sairastaville on tärkeää kokea, etteivät he ole yksin. Ryhmässä voi tuntea yhteenkuuluvuutta ja saada arkea helpottavaa tietoa. Ryhmään kuulumisen tarkoituksena on kokemusten ja tiedon jakaminen ja vaihtaminen (Nylund 2005, 199 – 201). Ryhmään osallistuja tapaa muita samanlaisessa elämäntilanteessa olevia, ja huomaa ettei ole ”erilainen” tai ”yksin”. Mikkosen (2009, 186) mukaan ryhmässä voi rohkaistua

olemaan aito oma itsensä ja löytää voimavaroja. Vertaissuhteen merkitys näkyy siinä, että toisen ihmisen kokemusmaailma avautuu jonkin oman kokemuksen kautta, toisin sanoen oma kokemus annetaan muiden käytettäväksi. Tuki perustuu vastavuoroisuuteen ja voi olla parhaimmillaan vapauttavaa ja rakentavaa. Joillekin se voi puolestaan olla ahdistava kokemus ja edesauttaa uhrin roolissa pysymistä. (Mikkonen 2009, 28 – 30, 32, 186.) Mikkosen (2009, 17) mielestä vertaistukea voidaan tarkastella osana hyvinvoinnin rakentumista, mutta vertaistuki ei kuitenkaan takaa yksilön hyvinvointia.

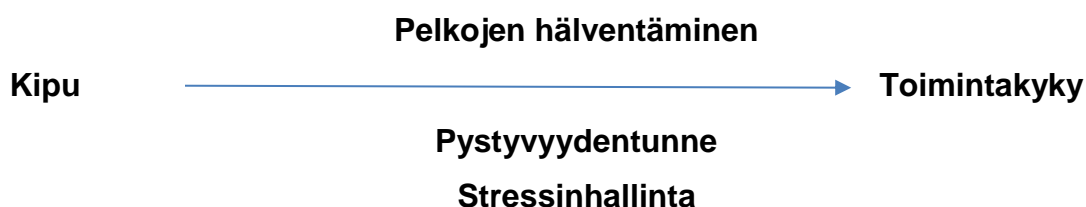
Vertaistuki vakiintui Suomessa 1990-luvulla sosiaali- ja terveysalan kentällä (Hyväri 2005, 214). Vertaistukitoiminta on kaiken kaikkiaan melko uusi toimintamuoto Suomessa, ja sitä on tutkittu tähän mennessä melko vähän ja olemassa olevat tutkimustulokset ovat keskenään ristiriitaisia. Helminen (2016, 67) esittää väitöskirjakatsauksessaan, että polvinivelrikkopotilaat eivät hyötäneet kognitiivis-behaviorilistisesta vertaistukimuodosta eikä sillä ollut vaikutusta kipuun, toimintakykyyn tai elämänlaatuun. Toisaalta hoidon tulokset paranevat hoidon kohdistuttua samankaltaisissa tilanteissa oleviin ihmisiin (Estlander 2003, 183), mikä puhuu vertaistukiryhmien puolesta.

Vertaistukiryhmän voi perustaa kuka tahansa. Ne kokoontuvat esimerkiksi keran viikossa tai kuukaudessa. Vertaistukiryhmiä voi olla erilaisia, esimerkiksi sairaille lapsille ja heidän vanhemmilleen, alkoholisteilla ja heidän omaisilleen, maahanmuuttajille tai erilaisista psyykkisistä tai fyysisistä sairauksista kärsiville (Nylund 2005, 199 – 201, 203). Vertaistukiryhmiä voi olla eri muodoissa, esimerkiksi internetissä, ja ryhmillä voi olla vetäjä tai ohjaaja. Vertaistukiryhmät ovat useimmiten jonkin kolmannen sektorin järjestämiä (Mikkonen 2011, 204), mutta myös julkinen sektori järjestää vertaistukiryhmiä, kuten esimerkiksi Lapin keskussairaalan kivunhallintaryhmä.

#### 4.1.1 Kivunhallintaryhmät

Kivunhallintaryhmien tarkoituksena ei yleensä ole poistaa kipua. Tavoitteena on, että pitkäaikaista kipua sairastava on aktiivinen toimija elämässään. Tarkoituk-

sena on oppia hyväksymään kipu osaksi elämää. Erilaisten harjoitteiden ja terapioiden myötä kivun kokeminen saattaa vähentyä ja stressi voi lieventyä. (Vainio 2004, 104.) Vertaistukiryhmien tarkoituksena on vertaiskokemuksista oppiminen ja vertaistuen saaminen. Kokemuksia jakamalla saadaan uutta perspektiiviä ja opitaan muilta jäseniltä hyödyllisiä tapoja suhtautua ongelmaan. (Vänskä ym. 2011, 88.) Myös Brattberg (2001, 6) näkee vertaistukiryhmien tavoitteena olevan pitkäaikaista kipua sairastavan näkökannan avartuminen. Olennaista ryhmässä on luottamuksen syntyminen ja hyväksyvä salliva ilmapiiri (Vänskä ym. 2011, 88). Vertaistukiryhmätoiminnalla saadaan aikaan myönteisiä muutoksia pitkäaikaista kipua sairastavan toimintakyvyssä, pystyvyyskäsitteissä ja katastrofijattelussa (Kuvio 3).



Kuvio 3. Vertaistuen merkitys toimintakyvyn kohentumisessa (Lee ym. 2015).

Kivunhallintaryhmä on yksi kuntoutumisen muoto. Kuntoutuminen nähdään yksilöllisenä oppimis-, muutos- ja kasvuprosessina. Sen tavoitteena on parantaa ihmisten toimintakykyä, selviytymistä elämässään, työllisyys- ja osallistumismahdollisuuksia sekä hyvinvointia. Tavoitteena on myös lisätä elämänhallintaa ja kivunhallintakeinoja sekä auttaa pitkäaikaista kipua sairastavaa hyväksymään se, että kaikkea kipua ei voida parantaa tai poistaa. Sosiaali- ja terveysministeriö suosittaa kivunhallintaryhmien perustamista myös perusterveydenhuoltoon. Suositukseen kroonisen kivun hoidosta kuuluu pitkäaikaista kipua sairastavien kipukuntoutus (STM 2017, 17, 24), jota myös Lapin kipupoliklinikan vertaistukitoiminta on. Muita kuntoutuksen muotoja ovat esimerkiksi lääkinnällinen kuntoutus (STM 2017, 17), mutta emme paneudu siihen tässä opinnäytetyössä.

Perinteiset vertaistukiryhmät eivät sovellu kaikille esimerkiksi pitkien välimatkojen takia. Etenkin Lapissa välimatkat ovat pitkiä, eikä kaikilla ole mahdollisuutta kulkea ryhmissä säännöllisesti. Esteeksi voi muodostua myös taloudelliset seikat. Nylundin (2005, 203) mukaan muita esteitä voivat olla muun muassa sairauden aiheuttama aloitekyvyttömyys tai aikatauluista johtuvat ongelmat, joita voivat aiheuttaa esimerkiksi työssäkäynti tai lastenhoito-ongelmat. Jotkut voivat kokea olevansa väliinputoajia siten, ettei heille löydy tarpeeksi spesifiä ryhmää tai he kokevat muiden ryhmäläisten eristävän heidät ryhmästä. (Nylund 2005, 203 – 204.) Internetissä toimivien vertaisryhmien haasteina ovat Nylundin (2005, 205) mukaan olleet esimerkiksi väärän tiedon ja sopimattomien hoitomuotojen leviäminen, identifioimisen haasteet ja yksityisyyden menetys sekä epäsovivien suhteiden syntyminen. Tällaisten haasteiden vuoksi pitkäaikaista kipua kokevan motivoiminen kivunhallintaryhmässä käymiseen on tärkeää alusta alkaen. Tähän voidaan pyrkiä muun muassa tämän opinnäytetyön liitteenä olevan kutsukirjeen avulla.

Kivunhallintaryhmien ja vertaistukitoiminnan tavoitteena onkin voimaantuminen ja elämänlaadun paraneminen sekä kivun hyväksyminen osana elämää, jota kohti pyritään muun muassa vertaistoiminnan avulla. Myös yksilön omat voimavarat, suhtautuminen kipuun ja sairauteen vaikuttavat siihen, missä määrin voimaantuminen on mahdollista.

#### 4.1.2 Voimaantuminen

Ellis-Stollin ja Popkess-Vawterin (1998) mukaan voimaantumisen (empowerment) käsitettä on määritelty jo 1800-luvulta alkaen. Hoitotyön näkökulmasta empowerment-käsite on saanut muutamia painotuksia. Siitosen (2001) ja Kurosen (2004) mukaan voimaantuminen nähdään henkilökohtaisena voiman tunteen rakentumisena ja yhteiskunnallisena osallisuutena. (Vänskä, Laitinen-Väänänen, Kettunen & Mäkelä 2011, 77.) Niemi, Nietosvuori & Virikko (2006, 247) näkevät voimaantumisen ihmisen sisäisenä voimantunteen vahvistumisena ja omien voimavarojen löytämisenä. Voimaantuminen liitetään selkeästi myös pystyvyyden kokemukseen ja itsereflektiivisyyteen (Caprara & Cervone 2006, 69).

Kankkunen ym. (2009, 14) viittaavat Piiparisen (2005) tutkimukseen todeten, että potilaat, joilla on paljon voimavaroja kokevat elämänlaadun paremmaksi. Pitkäaikaista kipua sairastavan voimavarat jaotellaan sisäisiin ja ulkoisiin voimavaroihin: sisäisiä voimavaroja ovat itsetunto, elämäkokemukset, hallinnan tunne, selviytymisstrategiat, tiedolliset voimavarat, suhtautuminen fyysiseen toimintaan sekä tulevaisuuteen. Ulkoisia voimavaroja ovat taloudellinen tilanne, sosiaaliset suhteet ja välineellinen tuki. Miesten voimavarat ovat vähäisempiä naisiin verrattuna, vaikka yleisesti pitkäaikaista kipua kokevilla on runsaasti sekä sisäisiä että ulkoisia voimavaroja. (Kankkunen ym. 2009, 14, 18 – 19.)

Vänskä ym. (2011, 77) on esittänyt (Kettunen 2001, Kettunen ym. 2002, Poskiparta ym. 2001) viitaten, että voimaantumisen käsitteen lisäksi puhutaan voimavarakeskeisyydestä taikka voimavaralähtöisyydestä, jossa yksilön hallinnan tunnetta tuetaan ohjauksellisin menetelmin esimerkiksi rohkaisemalla osallistumaan keskusteluun. On tärkeää, että pitkäaikaista kipua sairastavan asiantuntijuutta omasta tilanteestaan kunnioitetaan, ja samalla hoitaja tuo oman asiantuntijuuden asiakkaan hyödyksi (Virtanen, Leino-Kilpi & Salanterä 2007, 140 – 42). Hoitotyön yhtenä periaatteena on voimavaralähtöisyys, mikä näkyy potilaan omien voimavarojen tukemisena ja edistämisenä, sekä itsemääräämisoikeuden kunnioittamisena.

Lyrakos'n (2011, 5 – 10) mukaan linkki optimismiin eli myönteisen ajattelun ja terveyteen liittyvän elämänlaadun välillä on vahva. Optimismi edesauttaa merkittävästi henkistä hyvinvointia. Myönteisyyteen taipuvaisilla ihmisillä on vähemmän ongelmia päivittäisessä elämässä, koska he pärjäävät paremmin ongelmiansa kanssa, ja heillä on vähemmän ahdistuneisuutta ja masennusta. Optimismi edesauttaa positiivista mielialaa, sairaudesta tai leikkauksesta parantumista, saavutuksiin yltämistä sekä esimerkiksi hyvää itsetuntoa ja ongelmanratkaisukykyä. (Lyrakos 2011, 5 – 10, 43 – 44.) Myös Kankkunen ym. (2009, 14) toteavat Piipariseen (2005) viitaten, että positiivinen elämänasenne ja pystyvyyden kokeminen ovat selkeimmin yhteydessä kivun kokemiseen. Hyväksyvä asennoituminen paitsi kipuun, myös laajemmin ajatuksia ja elämässä tapahtuvia asioita kohtaan, lievittää kipua tehokkaimmin (Granström 2010, 117).



#### 4.2 Menetelmät vertaistukiryhmässä

Psykologisten terapioiden ensisijaisina tarkoituksina on parantaa toimintakykyä opettamalla asiakasta. Ne tuovat ilmi käytöksen ja uskomukset, jotka eivät auta kivunhallinnassa ja opettavat kivun- ja elämänhallinnan taitoja. (Salanterä ym. 2006, 149.) Erilaisten hoitomenetelmien painopisteet ovat muuttuneet vuosikymmenien aikana ja vaihtelevat myös ryhmittäin. Terapiamuodot ovat osa laajempaa hoitokokonaisuutta, johon kuuluu esimerkiksi fysioterapia ja lääkehoito. (Estlander, Heikkonen, Mäkelä & Soini 2016, 34 – 35.) Erilaisia terapiasuuntauksia on siis useita, ja ne risteävät keskenään.

Psykologisia terapioidia ovat kognitiivis-behavioristinen (CBT) terapia, opetus kivusta tai erilaisten rentoutumismenetelmien opettaminen (O’Connell, Wand, McAuley, Marston & Moseley 2013, 4). CBT:tä käytetään paljon pitkäaikaista kipua sairastavien hoidossa opettamaan uusia tapoja suhtautua kipuun (Veehof, Oskam, Schreurs & Bohlmeijer 2011, 533). Hyväksymis- ja omistautumisterapia eli ACT (acceptance and commitment therapy) taas korostaa muutoksenhalua, tapahtuman luonteen ymmärrystä ja henkilökohtaisen kokemuksen merkitystä (Hayes & Batten 2000, 2). ACT-terapian tavoitteena on siis oppia hyväksymään kipua ja tulemaan toimeen kivun ja epämiellyttävien tunteiden ja ajatusten kanssa, eikä ikään kuin taistella niitä vastaan (Veehof ym. 2011, 533).

Mindfulness eli suomeksi hyväksyvä tietoinen läsnäolo tai tietoisuustaito korostaa hyväksyvää näkökulmaa asioihin. Buddhalaisen psykologian mukaan se sisältää myös emotionaalisia, sosiaalisia ja eettisiä ulottuvuuksia. Tietoisuustaitojen tarkoituksena on siis myönteisten tunteiden ja ajatusten tietoinen lisääminen. (Malinen 2014, 56.) Tällöin myönteiset ajatukset ikään kuin ruokkivat toisiaan. Hyväksyvä läsnäolo on aktiivista toimintaa (Pennanen 2014, 97), eikä tarkoita asioille alistumista siinä mielessä, etteikö asioihin voisi itse vaikuttaa. Mindfulnessia on alettu soveltaa myös hoitotieteessä, sillä se huomioi ihmistä kokonaisvaltaisesti, psykofyysisenä kokonaisuutena, jossa keho ja mieli ovat saumattomasti yhteydessä eivätkä toisistaan irrallisia asioita. (Saari, Kortelainen & Väänänen 2014, 7.)

Lapin keskussairaalassa toimivassa kivunhallintaryhmässä käytetään ruotsalaisen anestesia lääkäri Gunilla Brattbergin kehittämää ”Värkstad”-toimintamallia, jota on alettu käyttää Suomessa vuodesta 1999 (Estlander 2003, 202). Brattberg (2009, 4, 6) painottaa pedagogista eli opetuksellista lähestymistapaa. Tämä tarkoittaa sitä, että opetetaan pitkäaikaista kipua sairastavalle tai heidän omaisilleen rakentava tapa suhtautua kipuun, johon ei ole ainakaan toistaiseksi parannuskeinoja. Opetuksellinen lähestymistapa sisältää niin tietoa kivusta ja sen hoidosta kuin ihmisten tavasta ajatella, tuntea ja käyttäytyä. Lähestymistapa auttaa näkemään kivun osatekijät ja erilaiset mahdollisuudet kivun lievittämiseen. (Brattberg 2009, 4, 6.) Lapin keskussairaalan kivunhallintaryhmään tultaessa monet kivunhallintakeinot on jo kokeiltu, mutta ne eivät välttämättä ole auttaneet toivotulla tavalla, jolloin katseet voidaan kääntää kivun hyväksyntään tähtäävään toimintaan.

Kivunhallintaryhmä kestää 1-2 vuoteen, joten kivun hyväksymisprosessi on pitkä. Brattberg (2001, 3) kuvaa muutoksen prosessia nelivaiheiseksi. Ensimmäinen vaihe on kieltämisen vaihe, jolloin ihminen on ärtynyt ja katkera. Toinen vaihe on hämmennyksen vaihe, joka voi tuntua pelottavalta. Mieliala voi olla ahdistunut, surullinen tai voi olla tunne eksyksissä olost. Tällöin ihminen voi puolustella vanhoja toimimattomia toimintamallejaan tiedostamattaan. Kolmas vaihe on uudistuminen, jolloin ihminen kokee halua vaikuttaa asioihinsa ja tuntee itsensä avoimeksi ja vahvaksi. Viimeinen vaihe on tyytyväisyyden tila, jolloin kokee itsensä rauhalliseksi ja hyvinvoivaksi. Tällöin realistiset tavoitteet kivunhallinnassa on saavutettu. (Brattberg 2001, 3.)

Muutosvaiheen ”kivun rappusten” ensimmäinen askelma on kaaosta, sitä ettei hyväksy kipua. Mitä ylemmäs saa kiivettyä, sitä paremmin oivaltaa kivun olevan fyysisten tekijöiden lisäksi myös psyykkisesti vaikuttavaa ja psyykkisistä syistä johtuvaa. Vasta ylimmillä rappusilla ihminen tiedostaa, miten kivun kanssa tulee toimeen, ja miten voi itse asiaan vaikuttaa. Näiden rappusten korkeus vaihtelee, ja eteneminen on yhä vaikeampaa mitä korkeammalle kiipeää. Matkalla kohtaa erilaisia tunteita, kuten surua, luopumista ja katkeruutta. (Brattberg, 2001, 9.) Pitkäaikaisesta kivusta kärsivä haluaa saada diagnoosin. On tärkeää tietää, mistä

kipu johtuu, jotta pääsisi hyväksymisprosessissaan eteenpäin. Tieto ja keskustelu ovat olleet Brattbergin haastatteleminen pitkäaikaisesta kivusta kärsineiden tärkeimmät työkalut matkalla muutokseen ja hyväksymiseen. (Brattberg 2001, 5, 10.)

Lapin keskussairaalan suljettu kivunhallintaryhmä käyttää kivunasiantuntijahoitajan johdolla Kipumestarin työkalut –työkirjaa, jonka tarkoituksena on antaa käytännön keinoja kivunhallintaan ja helpottaa kiputodellisuuden käsittelyä. Työkirjaa voi käyttää ryhmässä tai yksin. (Brattberg 2001, 10.) Kirja sisältää tehtäviä ja harjoituksia, sekä avaa kansantajuisesti kivun hyväksymisen prosessia. Tehtävien välillä on ”tietoiskuja”, jotka johdattavat asiaan esimerkiksi kivun syystä, itsetunnosta ja vuorovaikutuksesta.

#### 4.3 Ryhmänohjaaja vertaistukiryhmässä

Kivun tunnistaminen on yksi sairaanhoitajan perustehtävistä terveydenhuollossa. Noin 40% potilaista tulee sairaalahoitoon kivun vuoksi (Salanterä ym. 2006, 75; Kivun käypähoito -suositus). Jo näin suuren prosentuaalisen osuuden perusteella kivun hoidon osaaminen on tärkeä osa sairaanhoitajan ammattitaitoa. Vaikka kipua hoidetaan paljon lääkkeellisesti, on lääkkeettömät menetelmät hyvä tietää ja taitaa, sillä ne ovat kivun hoidon perusta.

Pitkäaikaisesta kivusta kärsivän ohjauksessa on olennaista, että annettu tieto on ajanmukaista, yhdenmukaista ja luotettavaa. Ohjaustilanteella tulee olla selkeä alku ja loppu. Keskustelun on hyvä edetä asiakaslähtöisesti, tukemalla aktiiviseen toimijuuteen alusta alkaen. (Kivun käypähoito -suositus.) Kivun tunnistaminen perustuu ihmisen omaan kokemukseen. Lähtökohtana kivun hoidossa pidetäänkin yksilön omaa näkemystä kivusta (Salanterä ym. 2006, 75). Ohjaajan tarkoituksena onkin auttaa ihmisiä auttamaan itseään, jolloin voi auttaa vain niitä, jotka haluavat tulla autetuiksi (Williamson 2008, 15). Hoitotyön ammattilaisena on myös hyväksyttävä, etteivät kaikki halua apua tai ole valmiita muutosprosessin aloittamiseen.

Asiakkaan toimijuus ja osallisuus ovat tärkeitä, ja aktiivinen osallistuminen onkin pääosassa vertaistukiryhmän ohjaajan roolin jäädessä taka-alalle (Brattberg 2009, 5). Williamsonin (2008, 12) mukaan tavoitteet tulisi luoda, ja edistymistä tarkastella säännöllisesti yhdessä asiakkaan kanssa. Myös Brattberg (2009, 18) korostaa, että ennalta sovitut kontrollikäynnit vahvistavat asiakkaan turvallisuudentunnetta, joka jo sinällään voi lievittää kipua.

Ryhmänohjaajan on oltava hienotunteinen siinä, mitkä ovat asiakkaan suurimpia ongelmia, koska tarvehierarkiassa alimmalla olevat tarpeet on täytyttävä, jotta voi keskittyä hierarkiassa korkeammalla oleviin asioihin (Williamson 2008, 12, 14). Abraham Maslow (1908 – 1970) on esittänyt teorian, jonka mukaan ihmisen motivaatiota voidaan ymmärtää tarvehierarkian avulla. Alimmasta tasosta lähtien hierarkiassa ensimmäisenä ovat ihmisen fysiologiset tarpeet (physiological needs), sitten turvallisuuden tarpeet (safety needs), rakkauden tarpeet (love needs), arvostuksen tarpeet (esteem needs) ja ylimpänä itsensä toteuttamisen tarpeet (need for self-actualization). Teorian mukaisesti alimmat tarpeet tulee olla tyydytettyinä ennen kuin ihminen alkaa miettiä ylemmällä tasoilla olevia tarpeita. (Maslow 1972, 372, 376, 380 – 382.)

Ryhmänohjaajan on hyväksyttävä, että hän ei voi auttaa kaikkia, eikä ainakaan jokaista samalla lailla, sillä kaikki ovat yksilöitä. Myös ohjaajan on pidettävä huoli omasta jaksamisestaan, ja varmistaa työnohjauksen saaminen. On tärkeää ymmärtää pitkäaikaista kipua sairastavaa, mutta myös pitää tietty etäisyys, jotta ei itse "uppoa mukana", jolloin asiakkaan auttaminen häiriintyy. (Williamson 2008, 12, 14.) Ryhmänohjaajan ammatillinen kasvu on ainutlaatuinen prosessi, joka on sekä pitkäkestoinen että monimutkainen. Kasvu perustuu omille kokemuksille, ja on näin ollen henkilökohtaista. (Syrjälä 1994, 36.)

## 5 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS

### 5.1 Toiminnallinen opinnäytetyö

Työelämäyhteys on tärkeä osa ammattikorkeakoulussa laadittavaa opinnäytetyötä (Roivas & Karjalainen 2013, 79). Toiminnallinen opinnäytetyö tehdään yleensä jollekin toimeksiantajalle, kuten yritykselle tai liitolle. Opinnäytetyön tavoitteena on kehittää opiskelijan osaamista sekä ammatillista kasvua ja vahvistaa työelämäyhteyttä. Oleellista työssä on, että se vastaa työelämän todellista tarvetta. Ihanteellisinta on päästä kehittämään työelämää ja parantaa omia työllistymismahdollisuuksia sekä kartuttaa ammatillista osaamista. Toiminnallisen opinnäytetyön tarkoituksena on aina tuottaa jotakin konkreettista, kuten esite, tapahtuma tai ohjeistus. Opinnäytetyöraportista tulee käydä ilmi tuotteen yksityiskohdaiset prosessin vaihteet. (Roivas & Karjalainen 2013, 79 – 80; Vilkkä & Airaksinen 2004, 16 – 17, 51.) Toiminnallisissa opinnäytetöissä on useimmiten ainakin kaksi tekijää, mikä vaatii suunnittelukykyä, yhteistyötaitoja ja yhteisen tavoitteen sopimista (Roivas & Karjalainen 2013, 82; Vilkkä & Airaksinen 2004, 55 – 56).

Opinnäytetyöraportti sisältää siis toiminnallisen tuotoksen liitteenä, tai raportin loppuosassa. Se kuvaa kokonaisvaltaisesti tekijöiden kehittämistoiminnan oppimista, ymmärtämistä sekä ammatillisuutta ja innovatiivisuutta. (Roivas & Karjalainen 2013, 80; Salonen 2013, 17.) Opinnäytetyöraportin tulee olla lukijaystävällinen, eli kielen tulee olla selkeää ja oikein kirjoitettua. Lisäksi sen tulisi herättää ja säilyttää lukijan mielenkiinto. Tähän voi vaikuttaa mielenkiintoisella ja konkreettisella aiheella, sekä ulkoasulla, joka voi sisältää esimerkiksi aiheeseen liittyviä kuvia tai grafiikkaa. (Salonen 2013, 17, 25.)

### 5.2 Kutsukirjeen laadintaprosessi

Opinnäytetyön toteutamme toiminnallisena, koska kutsukirjeen laatiminen täyttää toiminnallisen opinnäytetyön kriteerit. Lapin sairaanhoitopiirin kipupoliklinikan kivunhoidon asiantuntijahoitaja Marja Kiuru tarjosi opinnäytetyömme aiheen otettuamme häneen yhteyttä, sillä aiempi kutsu kaipasi päivittämistä. Koimme kivun

ja kivunhoidon mielenkiintoiseksi ja tärkeäksi osa-alueeksi sairaanhoitajan työssä.

Rajasimme aiheen aikuisen krooniseen eli pitkäaikaiseen kivun käsittelyyn ja kivunhallintaan, sekä vertaistukeen ja voimaantumiseen. Näkökulma rajautui näin siksi, että kivunhallintaryhmän jäsenenä on vain pitkäaikaista kipua kokevia aikuisia. Tämän vuoksi emme paneudu tässä opinnäytetyössä akuuttiin kipuun. Opinnäytetyömme tietoperustassa käsittelemme kivun fysiologiaa ja sen luonnetta sekä vertaistuen ja voimaantumisen merkitystä osana kroonisesta kivusta kärsivän aikuisen kivunhallintaa. Opinnäytetyön toimeksiantajan toiveena on, että opinnäytetyö käsittelee vertaistukitoimintaa ja voimaantumista.

### 5.2.1 Kutsukirjeen suunnitteluvaihe

Kutsukirjeen sisällön suunnittelu aloitettiin ensitapaamisella kivunhoidon asiantuntijahoitajan Marja Kiurun kanssa. Saimme nähtäväksi vanhan kutsukirjeen ja siihen kuuluvan liitteen, sekä ohjausta kutsun uudistamiseen. Toiveena oli laittaa kuvia ja motivoivia lausahduksia sekä ”lisää lihaa luiden ympärille” kuitenkin niin, ettei kutsusta tule liian pitkä.

Sovimme tapaamisen kipuhoitaja Marja Kiurun kanssa tammikuulle 2017, jolloin hän esitteli meille toimeksiannon. Keskustelimme aiheen rajaamisesta, esitteen sisällön uudistamisesta sekä ulkoasusta. Saimme vapaat kädet uudistaa kutsun ulkoasun sekä kirjallisen osuuden. Helmikuussa 2017 osallistuimme suljettuun kivunhallintaryhmän aloitukseen, jossa kukin esitteli oman kipunsa. Tällöin saimme yleiskuvan ryhmän toiminnasta. Tapasimme Marja Kiurun myös elokuussa 2017, jolloin keskustelimme kutsun ja opinnäytetyömme sisällöstä. Olemme olleet myös useasti yhteydessä sähköpostitse.

Kutsua laatiessa mietitään, mitä varten kutsu laaditaan ja kenelle se on kohdennettu. Tapahtuman sisältö, järjestäjä ja kutsuttujen suhde määrittelevät kutsun sisällön, sävyn ja ulkoasun. Kutsun ulkoasu eli logo, värit, tekstityyppi ja tekstin asettelu viestivät kutsun lähettäjän taustaorganisaatiosta. Kutsussa tulee aina olla otsikko, aihe, aika, paikka, kutsutut, päiväys ja allekirjoitus sekä tilaisuuteen

ilmoittautumispäivämäärä taikka vastauspyyntö. Toisinaan on tarpeellista lähettää kutsun liitteenä tapahtumaan liittyvää aineistoa. Kutsun tehtävänä on informoida ja herättää vastaanottajan mielenkiinto, jonka vuoksi kutsu on hyvä laatia vastaanottajan näkökulmasta. (Niemi ym. 2006, 182.)

### 5.2.2 Kutsukirjeen toteutusvaihe

Kutsukirjeen alkuun laitoimme mielestämme rauhoittavan, kutsuvan ja motivoivan kuvan, joka herättäisi mielenkiinnon lukea kutsukirje. Samalla käy ilmi aihe ja lähettävä organisaatio. Seuraavan sivun halusimme aloittaa henkilökohtaisella ja motivoivalla tekstillä, joka kertoo miksi kivunhallintaryhmään kannattaa osallistua, ja mitä siellä tehdään. Käytännön asiat, kuten paikan ja ajankohdan jätimme viimeiseksi. Halusimme tuoda ne ilmi mahdollisimman selkeästi, jotta kenenkään osallistuminen ei jäisi kiinni epätietoisuudesta tai ymmärtämättömyydestä. Fontiksi valitsimme Calibria lightin, sillä se oli mielestämme tarpeeksi selkeä ja kevyt, mutta kuitenkin asiallinen. Koon säädimme niin, että tekstiä on helppo lukea. Päädyimme valitsemaan Wordin kirjaintyylin siksi, että se on kätevä istuessa, ja helppo kuljettaa mukana tapaamisissa. Kutsusta voi myös tarkistaa miten ilmoittautuminen ryhmään tultaessa tapahtuu ja missä ryhmän kokoontuminen on.

Halusimme sisällyttää kutsukirjeeseen motivoivia lausahduksia. Aikemme oli saada toimeksiantajalta jo lopettaneen kivunhallintaryhmän jäsenten valmiiksi analysoidut palautteet, mutta aikatauluhaasteiden vuoksi suunnitelma ei toteutunut. Irja Mikkonen (2009, 131) käsittelee väitöskirjassaan, mitä merkitystä vertaistuellalla on sairastuneille, ja miten samankaltaisessa elämäntilanteessa olevat antavat toisilleen kokemukseen perustuvaa tukea. Mikkosen (2009) tutkimuksen mukaan ihmisten kokemukset vertaistuesta olivat muun muassa seuraavia: ”---tapasin samaa tautia sairastavia ja oli hyvä kuulla heidän kertomuksensa, avartavaa.” (Mikkonen 2009, 131) ja ”Oli helpotus tavata muita, kun tunsin, ettei ollut yksin tilanteessa ---.” (Mikkonen 2009, 131). Nämä lainaukset sisällytettiin osaksi kutsukirjettä yhteenkuuluvuuden tunteen ja motivaation herättämiseksi.

### 5.2.3 Kutsukirjeen arviointivaihe

Lähetimme valmiin kutsukirjeen toimeksiantajalle, joka antoi meille sähköpostitse palautteen. Toimeksiantajan mielestä valmiin tuotoksen asiasisältö on hyvä, ja lähdeviitteet antavat asiantuntevan ja luotettavan ilmeen. Kuvia hän pitää ”ihana”. Olemme tyytyväisiä toimeksiantajan palautteeseen ja mielestämme saavutimme yhdessä sovitut tavoitteet kutsun sisällöstä.

Näytimme ja luetutimme kutsua omille perheenjäsenillemme, jotka olivat sitä mieltä, että kutsun ulkoasu on siisti ja miellyttävän yksinkertainen. Kutsu herätti myös luottamusta ja oli väritykseltään rauhoittava. Kuvat sopivat aihepiiriin ja toivat miellyttävän lisän kutsukirjeeseen. Hyvänä pidettiin myös sitä, että kutsu on ytimekäs, helppolukuinen eikä lukijalle jää kysyttävää sen luettuaan.

Mielestämme onnistuimme tekemään kutsusta napakan ja selkeän kokonaisuuden. Kieli ja teksti muodostuivat ymmärrettäviksi, helppolukuisiksi ja johdonmukaisiksi. Kutsukirjeestä haluttiin käteen istuva ja helposti mukana pidettävä, jonka vuoksi Wordin kirjaitto-mallin osoittautui sopivaksi valinnaksi. Kutsun laatiminen ja sisällön muodostaminen olivat yllättävän aikaa vievää, ja vaati muun muassa sisällön rajaamista ja kuvien tekijänoikeuksien selvittämistä.

### 5.3 Eettisyys ja luotettavuus

Etiikka vastaa kysymyksiin mikä on hyvää ja mikä pahaa, mikä oikein ja mikä puolestaan väärin. Ihmistieteissä lähtökohtana on ihmisarvon kunnioittaminen. Tutkimusta tehdessä tulee noudattaa hyvää tieteellistä käytäntöä, johon kuuluu rehellisyys, huolellisuus, tieteelliset tiedonhankintamenetelmät, luotettava raportointi ja ennalta sovittu työnjako sekä velvollisuudet. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 23 – 24; Roivas & Karjalainen 2013, 80; Tutkimuseettinen neuvottelukunta.) Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen (2013, 218 – 223) painottavat hoitotieteellisessä tutkimuksessa tutkittavien itsemääräämisoikeuksien toteutumista, vapaaehtoisuutta, tietoista suostumusta, oikeudenmukaisuutta ja anonyymiteettia. Erityispiirteet hoitotieteellisessä tutkimuksessa ovat haavoittuvien



ryhmien ja lasten osallistuminen tutkimuksiin sekä tutkimuslupakäytännöt (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 221 – 223).

Tarkoituksenamme oli liittää jo lopettaneen suljetun kivunhallintaryhmän antama kirjallinen palaute osaksi opinnäytetyötämme, jolloin olisi pitänyt huomioida tutkittavien perehtyneisyys ja antama suostumus sekä vapaaehtoisuus (Hirsjärvi ym. 2009, 25). Tähän opinnäytetyöhön ei osallistunut toimeksiantajan lisäksi muita ihmisiä, sillä alkuperäinen suunnitelma ei onnistunut, eikä tutkimusluvan hakeminen ollut tarkoituksenmukaista.

Erityisesti ohjeistuksia tai oppaita laatiessa on tärkeää huomioida lähdekritiikki. On kiinnitettävä huomioita mistä tiedot kerätään, mikä on niiden alkuperä ja ajankohtaisuus. (Vilkkä & Airaksinen 2004, 53.) Olemme käyttäneet ajantasaista tutkittuun tietoon perustuvaa tietoa, jotka on hankittu luotettavista lähteistä. Yhtenä merkittävimpänä ongelmana etiikan kannalta pidetään plagiointia, eli toisen tekstiä tai tietoa ei saa esittää omana. Lainattu teksti osoitetaan lähdeviittein, ja omat ajatukset erotetaan selkeästi alkuperäisestä lähteestä. Tutkimuksen tulosten seppittäminen ja kaunistelu eivät ole hyvän tieteellisen käytännön mukaista. Tutkimustuloksia ei myöskään saa muuttaa omien intressien mukaisiksi. Harhaanjohtava ja vaillinainen raportointi ei ole sallittua. (Hirsjärvi ym. 2009, 26; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 224 – 225.) Olemme merkinneet lähdeviitteet ja erottaneet oman pohdinnan selkeästi teoriasta. Jokaisen tutkimusta tekevän on osaltaan huolehdittava siitä, että noudattaa hyvää tutkimusetiikkaa (Tutkimuseettinen neuvottelukunta).

## 6 POHDINTA

Pitkäaikaisen kivun kokeminen vaikuttaa laaja-alaisesti ihmisen elämänlaatuun ja hyvinvointiin. Kivusta kärsivä tarvitsee usein monialaista ja moniammatillista tukea arjessa selviytymiseen. Vertaistukiryhmä on yksi tukimuoto, jonka avulla voi saada uusia keinoja selviytyä kivun kanssa. Oleellista on, että pitkäaikaista kipua sairastava on aktiivinen toimija omassa elämässään, jota voidaan tukea hoitotyön ja muiden tukimuotojen keinoin.

Laadimme toimeksiantajan toiveiden mukaisesti ytimekkään, motivoivan ja ulko-asultaan rauhoittavan kutsukirjeen, johon sisällytettiin kivunhallintaryhmän ydin- ja käytännön asiat. Kutsukirjeestä on hyötyä pitkäaikaista kipua sairastaville, jotka on kutsuttu Lapin keskussairaalassa pidettävään kivunhallintaryhmään. Kutsu motivoi heitä osallistumaan kivunhallintaryhmään, minkä kautta heidän kivunhallintansa lisääntyy ja elämänlaatunsa paranee. Kutsu on informatiivinen, joten kutsukirjettä lukemalla saa myös tärkeää tietoa kivusta. Kutsu on tehty helpolukaiseksi, ja siitä käy selkeästi ilmi käytännön tiedot, jolloin ryhmään tulon kynnyks on mahdollisimman matalalla.

Opinnäytetyön tekeminen oli pitkä prosessi, jonka aikana kohtasimme myös haasteita. Aikataulujen sovittaminen oli välillä aikaa vievää, sillä opinnäytetyön tekemiseen oli yhdistettävä perhe, työt ja muut opinnot. Opinnäytetyöprosessi muuttui hieman matkan varrella, ja aikataulusyistä emme saaneet käyttööme esimerkiksi jo lopettaneen kivunhallintaryhmän palautteita, jotka oli tarkoitus ottaa osaksi tätä opinnäytetyötä.

Opinnäytetyöprosessi opetti meille tiedonhakutaitoja ja tutkitun tiedon soveltamista. Teimme tiivistä yhteistyötä, mikä opetti meille paljon esimerkiksi yhteistyö- ja neuvottelutaitoja sekä pitkäjänteisyyttä, joita tulemme tarvitsemaan myös työelämässä. Saimme paljon uutta teorian tietoa, ja ymmärryksemme kroonista kipua ja sitä sairastavia kohtaan kasvoi. Osaamme tämän opinnäytetyöprosessin jälkeen kohdata heidät entistä ihmisläheisemmin ja ammattitaitoisemmin.

Pitkäaikaista kipua on tutkittu Suomessa vähän, jonka vuoksi on tärkeä suunnata tutkimusta kivun pitkäaikaistumisen ennaltaehkäisyyn ja varhaiseen puuttumiseen. Inhimillisen kärsimyksen lisäksi pitkäaikainen kipu aiheuttaa huomattavia kustannuksia sekä yksilölle että yhteiskunnalle. Jatkotutkimusaiheena voi olla esimerkiksi se, minkälaista vertaistukea pitkittyneestä kivusta kärsivät tarvitsevat, tai mikä motivoi pitkäaikaista kipua sairastavia käymään vertaistukiryhmässä.

## LÄHTEET

Aalto, A.-M. 2011. Suositus psyykkisen toimintakyvyn mittaamiseksi väestötutkimuksissa. Viitattu 1.10.2017. [http://www.thl.fi/toimia/tietokanta/media/files/suositus/2011/01/26/S007\\_suositus\\_psyykkinen\\_vt\\_110126.pdf](http://www.thl.fi/toimia/tietokanta/media/files/suositus/2011/01/26/S007_suositus_psyykkinen_vt_110126.pdf).

Ataoglu, E., Tiftik, T., Kara, M., Tunc, H., Ersöz, M. & Akkus, S. 2012. Effects of chronic pain on quality of life and depression in patients with spinal cord injury. *Spinal Cord* Vol. 51. 23 – 26.

Brattberg, G. 2001. Kipumestarin työkalut. Helsinki: Suomen kivuntutkimusyhdistys ry, Ann-Mari Estlander.

Campbell, P., Hope, K. & Dunn, K. 2017. The pain, depression, disability pathway in those with low back pain: a moderation analysis of health locus of control. *Journal of Pain Research*. Vol. 10. 2331 – 2339.

Caprara, C.V. & Cervone, D. 2006. Persoonallisuus toimivana ja itsesäätelävänä järjestelmänä. Teoksessa L. Aspinwall & U.M. Staudinger (toim.) Ihmisen vahvuuksien psykologia. Helsinki: Edita.

Elomaa, M. 2017. Pitkäkestoisen kivun heijastuminen ihmissuhteisiin. Videonauhoite. HYKS: Kipupoliklinikka. Katsottu 1.10.2017. <https://www.terveyskyla.fi/kivunhallintatalo/pitk%C3%A4aikainen-kipu/ihmissuhteet>.

Estlander, A – M. 2003. Kivun psykologia. Helsinki: WSOY.

Estlander, A – M., Heikkonen, S., Mäkelä, M – L. & Soini, P. 2016. Kivun psykologiaa Suomessa. *Kipuviesti* Nro 1/2016. 32 – 36.

Fayers, P. & Machin, D. 2015. *Quality of Life: The Assessments, Analysis and Reporting of Patient-reported Outcomes*. John Wiley & Sons, incorporated. Viitattu 31.7.2017. <https://ez.lapinamk.fi:2856/lib/ramklibrary-ebooks/reader.action?docID=4107720>.

Granström, V. 2010. *Kipu ja mieli*. Porvoo: Edita.

Haanpää, M. 2007. Neuropaattisen kivun hoito-opas. Käypä hoito. Duodecim. Viitattu 15.4.2017. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/suositus?id=nix00086>.

Hayes, S. C. & Batten, S. V. 2000. Acceptance and Commitment Therapy. *European Psychotherapy* 1, 2.

Helminen, E – E. 2016. Ryhmässä tapahtuva psykologinen kipukuntoutus ei tuonut apua polvinivelrikkopotilaille. *Kipuviesti*. Nro 2/2016. 67 – 68.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. *Tutki ja kirjoita*. 15., uudistettu painos. Helsinki: Tammi.

Kalso, E. 2009. Kivun biologinen merkitys. Teoksessa Kipu. E. Kalso, M. Haanpää, & A. Vainio 2009. Helsinki: Duodecim.

Kankkunen, P., Nousiainen, H. & Kylmä, J. 2009. Pitkäaikaisesta kivusta kärsivän voimavarat. Tutkiva hoitotyö. Hoitotieteellinen aikakauslehti. Vol 7. No 2., 13 – 20.

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2013. Tutkimus hoitotieteessä. 3., uudistettu painos. Helsinki: Sanoma Pro.

Kettunen, T. 2001. Neuvontakeskustelu. Tutkimus potilaan osallistumisesta ja sen tukemisesta sairaalan terveysneuvonnassa. Studies in sport, physical education and health 75. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto.

Kettunen, T., Poskiparta, M. & Karhila, P. 2002. Voimavarakeskeinen neuvontakeskustelu. Hoitotiede 14, 213 – 215.

Kiuru, M. 2017. Tietoja opinnäytetyöhön. Sähköposti ina.rimppi@edu.la-pinamk.fi 19.9.2017. Tulostettu 20.9.2017.

Kivunhallintatalo 2017. Viitattu 2.10.2017. <https://www.terveyskyla.fi/kivunhallintatalo/pitk%C3%A4aikainen-kipu/keho-ja-liikunta>.

Kroonisen kivun ja syöpäkivun hoidon kansallinen toimintasuunnitelma vuosille 2017 – 2020. 2017. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2017:4. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö. Viitattu 24.8.2017. [http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/79292/Rap\\_2017\\_4.pdf](http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/79292/Rap_2017_4.pdf).

Kuronen, M. 2004. Valtaistumista ja voimavaraistumista – feministisiä näkökulmia empowermentiin sosiaalityön käsitteenä ja käytäntönä. Sukupuoli ja sosiaalityö. Sosiaalityön vuosikirja 2004. Jyväskylä: PS-kustannus.

Käypähoito-suositus. Kipu. Viitattu 30.8.2017. <http://www.kaypa-hoito.fi/web/kh/suositukset/suositus?id=hoi50103#s6>.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785.

Lee, H., Hübscher, M., Moseley, GL., Kamper SJ, Traeger, AC, Mansell, G. & McAuley, JH. 2015. How does pain lead to disability? A systematic review and meta-analysis of medication studies in people with back and neck pain. Pain: Jun, Vol 156. No 6, 988 – 97. doi: 10.1097/j.pain.000000000000146.

Lee, S., Kang, Y. & Cho, J – S. 2017. Subjective cognitive decline in patients with migraine and its relationship with depression, anxiety, and sleep quality. The Journal of Headache and Pain 18:17. Viitattu 29.8.2017. [https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5526827/pdf/10194\\_2017\\_Article\\_779.pdf](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5526827/pdf/10194_2017_Article_779.pdf).

Linton, S. J. 2013. A Transdiagnostic Approach to Pain and Emotion. Journal of Applied Biobehavioral Research. Vol 18. No 2, 82 – 103.

Lyrakos, G. N. 2011. Role of Dispositional Optimism in Health Related Quality of Life Among Health Care Professionals with Musculatory Pain. Nova Science Publishers, Inc. Viitattu 31.7.2017. <https://ez.lapinamk.fi:2856/lib/ramklibrary-ebooks/reader.action?docID=3018630>.

Malinen, T. 2014. Buddhalainen psykologia, tietoisuustaito ja terve mieli. Teoksessa I. Kortelainen, A. Saari & M. Väänänen (toim.) Mindfulness ja tieteeet.

Maslow, A. H. 1943. A theory of human motivation. Psychological review, Vol 50. Viitattu 24.8.2017. [https://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/34195256/A\\_Theory\\_of\\_Human\\_Motivation\\_-\\_Abraham\\_H\\_Maslow\\_-\\_Psychological\\_Review\\_Vol\\_50\\_No\\_4\\_July\\_1943.pdf?AWSAccessKeyId=AKIAIWOWYYGZ2Y53UL3A&Expires=1503584333&Signature=hE%2FrVPU6RLeJU1r%2BGHGJSeMM8U8%3D&response-content-disposition=inline%3B%20filename%3DA\\_THEORY\\_OF\\_HUMAN\\_MOTIVATION.pdf](https://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/34195256/A_Theory_of_Human_Motivation_-_Abraham_H_Maslow_-_Psychological_Review_Vol_50_No_4_July_1943.pdf?AWSAccessKeyId=AKIAIWOWYYGZ2Y53UL3A&Expires=1503584333&Signature=hE%2FrVPU6RLeJU1r%2BGHGJSeMM8U8%3D&response-content-disposition=inline%3B%20filename%3DA_THEORY_OF_HUMAN_MOTIVATION.pdf).

Mikkonen, I. 2009. Sairastuneen vertaistuki. Peer Support in Different Illness Groups. Kuopion yliopisto. Sosiaalipolitiikka ja sosiaalipsykologia. Akateeminen väitöskirja.

Mikkonen, I. 2011. Vertaistuki osana sosiaalista vahvistamista. Teoksessa P. Lundbom & J. Herranen (toim.) Sosiaalinen vahvistaminen kokemuksina ja käytänteinä. Helsinki: HUMAK.

Miranda, H. 2017. Toimintakykyä ja elämäniloa sovussa kipuoireiden kanssa. Viitattu 2.10.2017. <http://www.satshp.fi/ammattilaisille/taydennyskoulutus/Documents/Miranda.%20H.%20Kipuluento%20Pori%2022.9.2017.pdf>.

Mäntyselkä, P. 1998. Kipupotilas terveystakesuksessa. Viitattu 17.4. 2017. <http://www.oppi.uef.fi/uku/vaitokset/vaitokset/1998/tiedotteet/mantyselka2.html>.

Mäntyselkä, P., Turunen, J., Ahonen, R. & Kumpusalo, E. 2003. Chronic pain and poor self-rated health. JAMA: Vol. 290. No. 18, 2435. Viitattu 20.3.2017. DOI: 10.1001/jama.290.18.2435.

Niemi, T., Nietosvuori, L. & Virikko, H. 2006. Hyvinvointialan viestintä. Helsinki: Edita.

Nienstedt, W., Hänninen, O., Arstila, A. & Björkqvist, S – E. 2008. Ihmisen fysiologia ja anatomia. 15. – 17. painos. Helsinki: WSOY.

Nylund, M. 2005. Vertaisryhmät kokemuksen ja tiedon jäsentäjinä. Teoksessa M. Nylund & A. B. Yeung (toim). Vapaaehtoistoiminta: Anti, arvot ja osallisuus. Jyväskylä: Vastapaino, 195 – 213.

O'Connell, N. E., Wand, B. M., McAuley, J., Marston, L. & Moseley, G. J. 2013. Intervention for treating pain and disability in adults with complex regional pain syndrome - an overview of systematic reviews. Cochrane database of systematic reviews 2013, Issue 4.

Ojala, T. 2015. The Essence of the Experience of Chronic Pain. A Phenomenological Study. Jyväskylä: University of Jyväskylä.

Pennanen, L. 2014. Buddhalainen psykologia, tietoisuustaito ja terve mieli. Teoksessa I. Kortelainen, A. Saari, & M. Väänänen (toim.) Mindfulness ja tieteeet.

Poskiparta, M., Liimatainen, L., Kettunen, T. & Karhila, P. 2001. From nurse-centered health counseling to empowermental health counseling. Patient Education and Counseling 45, 69 – 70.

Roivas, M. & Karjalainen, A – L. 2013. Sosiaali- ja terveystieteen viestintä. Helsinki: Edita.

Ryttyläinen, K. & Valkama, S. 2010. Seksuaalisuus hoitotyössä. Helsinki: Edita Prima.

Salanterä, S., Hagelberg, N., Kauppila, M. & Närhi, M. 2006. Kivun hoitotyö. Helsinki: WSOY.

Sallinen, M. 1997. Ei päivää, ettei jostain särkis. Fibromyalgiapotilaiden käsityksiä ja kokemuksia kroonisesta kivusta. Jyväskylän yliopisto: terveystieteen laitos, Pro gradu-tutkielma.

Salonen, K. 2013. Näkökulmia tutkimukselliseen ja toiminnalliseen opinnäytetyöhön. Opas opettajille, opiskelijoille ja TKI-henkilöstölle. Turun ammattikorkeakoulu. Tampere: Juvenes Oy. Viitattu 17.6.2017. <http://julkaisut.turkuamk.fi/isbn9789522163738.pdf>.

Sessle, B.J. 2012. The Pain Crisis: What It Is and What Can Be Done. Pain Research and Treatment. Vol. 2012. Viitattu: 25.10.2017. doi:10.1155/2012/703947.

Siitonen, J. 2001. Empowerment työssä jaksamisen edistämisessä, toimintara-portti 1. vaihe Oulun yliopisto, työtieteen laboratorio. Oulu: Oulun yliopisto.

Terveystieteenhuoltolaki 30.12.2010/1326.

THL 2015. Hyvinvointi ja terveyserot. Viitattu 10.7.2017. <https://www.thl.fi/fi/web/hyvinvointi-ja-terveyserot/eriarvoisuus/hyvinvointi>.

Tiikkainen, P. & Heikkinen, R. – L. 2011. Sosiaalisen toimintakyvyn arviointi ja mittaaminen väestötutkimuksissa. Viitattu 1.10.2017. [http://www.thl.fi/toimia/tietokanta/media/files/suositus/2011/01/26/S008\\_suositus\\_sosiaalinen\\_vt\\_110126.pdf](http://www.thl.fi/toimia/tietokanta/media/files/suositus/2011/01/26/S008_suositus_sosiaalinen_vt_110126.pdf).

Treede, RD., Rief, W., Barke, A., Aziz, Q., Bennett, MI., Benoliel, R., Cohen, M., Evers, S., Finnerup, NB., First, MB., Giamberardino, MA., Kaasa, S., Kosek, E., Lavand`homme, P., Nicholas, M., Perrot, S., Scholz, J., Schug, S., Smith, BH., Svensson, P., Vlaeyen JW. & Wang, SJ. 2015. Classification of chronic pain for ICD – 11. Pain: Vol. 156. No 6, 1003. Viitattu 30.3.2017. <http://eprints.white-rose.ac.uk/86197/1/A%20classification%20of%20chronic%20pain%20for%20ICD-11..pdf>.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. Hyvä tieteellinen käytäntö. Viitattu 10.10.2017. <http://www.tenk.fi/fi/hyva-tieteellinen-kaytanto>.

Vainio, A. 2004. Kivunhallinta. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Veehof, M. M., Oskam, M – J., Schreurs, K., & Bohlmeijer, E. T. 2011. Acceptance-based interventions for the treatment of chronic pain: A systematic review and meta-analysis. *Pain*. Vol. 152, 533 – 542.

Vilkkä, H. & Airaksinen, T. 2004. Toiminnallinen opinnäytetyö. 1. – 2.painos. Jyväskylä: Tammi.

Virtanen, H., Leino – Kilpi, H. & Salanterä, S. 2007. Empowering discourse in patient education. *Patient Education and Counseling* 66 (2), 140 – 142.

Vänskä, K., Laitinen - Väänänen, S., Kettunen, T. & Mäkelä, J. 2011. Onnistuuko ohjaus? Sosiaali- ja terveysalan ohjaustyössä kehittyminen. Helsinki: Edita.

Walle, P. 1999. Kipupoliklinikan asiakkaiden kokemuksia pitkäaikaisesta kivusta. Kuopion yliopisto. Hoitotiede. Pro gradu-tutkielma.

WHO. Constitution of WHO: principles. Viitattu 31.7.2017. <http://www.who.int/about/mission/en/>

WHO 1997. Programme on mental health. WHOQOL Measuring quality of life. Viitattu 31.7. 2017. [http://www.who.int/mental\\_health/media/68.pdf](http://www.who.int/mental_health/media/68.pdf)



**LIITTEET**

Liite 1. Toimeksiantosopimus

Liite 2. Kutsukirje

## Toimeksiantosopimus

## Liite 1.

**LAPIN AMK**  
Lapland University of Applied Sciences

## OPINNÄYTETYÖN TOIMEKSIENTOSOPIMUS

Tämä sopimus soveltuu käytettäväksi ainostaan sellaisten oppinäytetöiden yhteydessä, joita ei toteuteta ammattikorkeakoulun ulkopuolisen tahon toimeksiantona.

<b>Toimeksiantaja</b>	Nimi (osin, yritys) Marja Rönkä, asiantuntijahoitaja (LÄY/kuivahoidon yksikkö) Yhteystiedot (yhteyshenkilö, puhelin, sähköposti) [Redacted] Ounasrinteentie 22, 96101 ROVANIEMI Työn aihe Vertailun ja voimaantumisen merkitys osana kroonisen kiputilan hoitoa		
<b>Tekijä</b>	Nimi Rimppe Ina ja Tuskala Eina Käytösosoite I. Rimppe [Redacted] E. Tuskala [Redacted]	Opetusalannumero [Redacted] Postinumero 96100 Postitoimipaikka Rovaniemi	
	Puhelin [Redacted] Suoritettava tutkinto Sairaanhoitaja AMK	Sähköpostiosoite [Redacted] Ryhmitunnus RA72H15K	
<b>Lapin AMK</b>	Yhteystiedot (ohjaaja) Havelle Sirkka Toimipaikka ja osoite Lapin ammattikorkeakoulu Jokikylä 11, 96100 Rovaniemi Puhelin [Redacted]	Sähköpostiosoite [Redacted]	
<b>Toimeksiantosopimuksen ehdot</b>			
<b>Ohjaus</b>	Ohjaava opettaja valvoo työtä ammattikorkeakoulun puolesta ja antaa työn edellyttämät ohjeet ja neuvoja. Ammattikorkeakoulu ja opettaja eivät ole konsulttisuhteessa työntekijän kanssa.		
<b>Dokumentointi</b>	Ammattikorkeakoulun oppinäytetyöt ovat julkisia. Työtä laaditaan ammattikorkeakoulun oppinäytetöiden mukainen kirjallinen esitys, josta toimitetaan yksi kappale ammattikorkeakoulun kirjastoon tai julkaiseen sähköiseen muodossa Thesaur-verkkokirjastossa. Työ arkistoidaan oppilaitoksen sekä tulostettuna että sähköisessä muodossa.		
<b>Oikeudet</b>	Oppinäytetyön tekijänoikeudet kuuluvat tekijälle. Toimeksiantaja saa rinnakkaisen käyttöoikeuden oppinäytetyön tuloksiin oppinäytetyön valmistuttua. Ammattikorkeakoulu on jatkuvasti voimassa oleva oikeus käyttää tuloksia omassa opetus- ja TKI-toiminnassaan. Sopijapuolilla on mahdollisuus sopia muista oppinäytetyön tuloksista koskevista oikeuksista kuitenkin niin, että tämän sopimuksen ehdot noudatetaan.		
<b>Keksinnöt</b>	Jos tekijä on osallistunut keksintöön, joka patentoidaan, mainitaan hänet yhtenä keksijästä. Mahdollisesta keksintökorvauksesta sovitaan erikseen noudattaen ammattikorkeakoulun tai toimeksiantajan keksintöohjeen linjoja. Oppinäytetyön tai sen osan julkaiseminen tai hyödyntäminen ei saa vaarantaa sen tai sen osan suojaamista patentilla tai hyödyntämispatentilla.		
<b>Vastuut</b>	Oppinäytetyön tuotoista toimitetaan sellaisenaan se on. Tekijä tai ammattikorkeakoulu eivät anna tuloksista takuuta eikä vastaa sen soveltuvuudesta toimeksiantajan tarpeisiin. Sopijapuolet ovat vastuussa toisilleen sopimuskirjituksen aiheuttamista välttämättä vahingoista. Vastuun syntyminen edellyttää tahallista tai törkeää huolimattomuutta aiheutettua sopimuskirjituksen.		
<b>Lisäksi sovitaan</b>			
<b>Salassapito</b>	Ohjaavilla opettajilla ja oppinäytetyön tekijällä on salassapitovelvollisuus työn aikana sailla tuloksia luottamuksellisiin asioihin. Toimeksiantajan tulee tarkistaa, että julkaisovaa oppinäytettyä ei sisällä salassa pidettävää aineistoa. Tarvittaessa käytetään toimeksiantajan antamia salassapitosopimuksia.		
Tämä sopimusta on laadittu kolme (3) samansisältöistä kappaletta, yksi (1) kullekin sopimuksen osapuolelle. Sopimus perustuu ammattikorkeakoulun hyväksymään oppinäytetyösuunnitelmaan ja se astuu voimaan allekirjoitushetkellä.			
	<b>Päikka ja päivämäärä</b>	<b>Allekirjoitus</b>	
<b>Toimeksiantaja</b>	Rovaniemi 21.8.2017	[Redacted]	
<b>Tekijä</b>	Rovaniemi 21.8.2017	[Redacted]	
<b>Lapin AMK</b>	Rovaniemi 16.8.2017	[Redacted]	

Kutsukirje

Liite 2.



LAPIN  
KESKUSSAIRAALA

LAY/  
KIPUPOLIKLINIKKA

# TERVETULOA

KIVUNHALLINTARYHMÄÄN

Ryhmään osallistumisen tavoitteena on oppia elämään mahdollisimman täysipainoista elämää kivusta huolimatta, lisätä elämänhallintaa ja edesauttaa hyväksymään kipua osaksi elämää. Osallistumisen myötä myös kivun kokeminen voi vähentyä ja stressi lieventyä. (Vainio 2004; STM 2017.)

Sosiaali- ja terveysministeriö suosittelee kipukuntoutusta osana kroonisen kivun hoitoa (STM 2017). Vertaiskokemuksista oppimalla saa uutta perspektiiviä ja hyödyllisiä tapoja suhtautua omaan kipuun (Vänskä ym. 2011). Ryhmän toiminta perustuu vertaistukeen, jonka avulla samassa elämäntilanteessa olevat voivat kokea yhteenkuuluvuudentunnetta sekä jakaa tietoa ja kokemuksiaan (Mikkonen 2009).

Kokemuksia vertaistuesta Sairastuneen vertaistuki –väitöskirjasta:

*”--- tapasin samaa tautia sairastavia ja oli hyvä kuulla heidän kertomuksensa, avartavaa.” (Mikkonen 2009).*

*”Oli helpotus tavata muita, kun tunsij, ettei ollut yksin tilanteessa ---.” (Mikkonen 2009).*

Pitkään jatkunut kipu ulottaa lonkeronsa monelle elämän osa-alueelle vaikuttaen fyysiseen, psyykkiseen ja sosiaaliseen toimintakykyyn. Jokainen kokee kivun omalla tavallaan, ja jokaisen sairauskokemus on todellista.

Ryhmän jäsenet saavat tehtäviä sisältävän ”Kipumestarin työkalut” –työkirjan, jota täytetään tapaamisten välillä. Kirjan tarkoituksena on antaa käytännön keinoja kivunhallintaan sekä helpottaa kiputodellisuuden käsittelyä.

Ilmoittautuminen tapahtuu sisääntuloaulassa henkilökortilla. Ensimmäisellä tapaamiskerralla \_\_\_\_\_ kokoonnumme Lapin keskussairaalan kipupoliklinikalle 1. kerrokseen odotusaulaan 1D. Aulasta siirrymme yhdessä kokoustiloihin.

Ryhmään on kutsuttu 10 henkilöä. Tapaamiset ovat pääsääntöisesti joka toinen viikko, ensimmäisellä tapaamiskerralla jaettavan aikataulun mukaisesti. Kokoonnumme LKS:n kokoustiloissa (0. krs, kokoushuone 3) perjantaisin klo \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_.

Ryhmän vetäjänä toimii kivun asiantuntijahoitaja Marja Kiuru. Ryhmään osallistuminen maksaa 7,5 euroa/kerta. Mikäli et halua tai et pääse osallistumaan ryhmään, ilmoitathan kipupoliklinikalle 016 - 328 6129.

Ystävällisin terveisin

---

Aika ja paikka

Allekirjoitus

## RYHMÄN SÄÄNNÖT:

- ❖ Vaitiololupaus: ryhmässä puhuttu jää ryhmään
- ❖ Täsmällisyys: sekä alussa että lopussa
- ❖ Puhutaan toisten kanssa, ei toisista
- ❖ Kunnioitetaan jokaisen puheenvuoroa, ajatuksia, mielipiteitä ja tunteita
- ❖ Älä neuvo pyytämättä, miten jonkun toisen pitäisi toimia
- ❖ Annetaan kaikille mahdollisuus osallistua keskusteluun
- ❖ Päihteettömyys



<https://transformingtruth.org/4meornot/> (kuvaa muokattu)

Kutsukirje on laadittu osana Lapin ammattikorkeakoulun sairaanhoitajaopintojen opinnäytetyötä.

Tekijät: Tuisku Elina ja Rimppi Ina



TERVETULOA MUKAAN!